



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

PRÉCIS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Par les Prosecteurs
de la Faculté de Paris

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD



2 45 0421 5147

Robert PROUST *****

***** Chirurgie de l'
Appareil génital *****
***** de la femme

MASSON et C^{ie} ÉDITEUR
PARIS

1900

LANE

MEDICAL



LIBRARY

Gift



LANE

MEDICAL



LIBRARY

Gift



PRÉCIS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE
PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIE
DE
L'APPAREIL GÉNITAL
DE LA FEMME

Le *Précis de Technique opératoire* est divisé en 7 volumes.

Tête et cou, par Ch. LENORMANT (2^e édition).

Thorax et membre supérieur, par A. SCHWARTZ (2^e édition).

Abdomen, par M. GUIBÉ (2^e édition).

Appareil urinaire et appareil génital de l'homme, par
PIERRE DUVAL (2^e édition).

Membre inférieur, par GEORGES LABEY (2^e édition).

Appareil génital de la femme, par R. PROUST (2^e édition).

Pratique courante et Chirurgie d'urgence, par VICTOR
VEAU (2^e édition).

Chaque volume, cartonné toile et illustré de plus de 200 figures,
la plupart originales. 4 fr. 50

2007
PRÉCIS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE
PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIE
DE
L'APPAREIL GÉNITAL
DE LA FEMME

PAR
R. PROUST

DEUXIÈME ÉDITION
avec 269 figures dans le texte

PARIS
MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1908



*Tous droits de traduction et de reproduction
réservés pour tous pays.*

P96
1908

INTRODUCTION

Par le Dr Paul BERGER,

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Paris.

« Quiconque écrit sur la médecine opératoire, a dit M. Farabeuf dans la préface de sa première édition des *Ligatures*, trouve deux rôles à remplir; dans le chirurgien, en effet, il y a deux hommes : le clinicien, qui juge des indications, de l'opportunité de l'opération, etc., et l'opérateur qui l'exécute. »

Restant dans les anciennes traditions de l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, c'est aux opérateurs qu'est destiné ce livre. Comme le *Précis de Manuel opératoire*, de M. Farabeuf, le *Précis de Technique opératoire* est né dans cette école; il est le produit et en quelque sorte l'expression de son enseignement.

Celui-ci s'est transformé ou plutôt il s'est complété dans ces dernières années. A l'étude classique des ligatures, des amputations, des résections, est venue se joindre la démonstration de toutes les opérations réglées qui se pratiquent sur la tête, le cou, le thorax, l'abdomen et sur les organes qui y sont contenus. Cet enseignement, confié comme le premier aux prosecteurs de la Faculté et réparti entre eux, vise le même but : c'est la précision anatomique introduite dans la technique opératoire. A ce point de vue, aucun exercice n'est supérieur à la pratique des ligatures artérielles et de certaines amputations; non seule-

ment celle-ci donne aux commençants et développe même chez les maîtres l'habitude du couteau sans laquelle il n'est pas de chirurgien, mais elle astreint ceux qui les exécutent à la discipline sévère de la recherche du point de repère. C'est ce double caractère qui a fait de l'École pratique une incomparable pépinière d'opérateurs; mais on a depuis longtemps reproché à cet enseignement trop limité de méconnaître les besoins actuels des élèves, et, par conséquent, de la majorité des médecins.

Ceux-ci, parmi les opérations sans nombre qu'ont fait apparaître les progrès de la chirurgie moderne, lorsqu'ils sont mis en présence d'un cas où peut être requise une de ces opérations nouvelles, veulent qu'on leur désigne un procédé, un seul, le meilleur, le plus sûr et qu'on leur jalonne en quelque sorte la route de point en point jusqu'à l'exécution complète du plan que ce procédé comporte; ce plan ils veulent pouvoir le tracer et le réaliser sur le cadavre, pour le retrouver, quelque modifié qu'il puisse être par les conditions pathologiques, sur le vivant.

C'est à ce besoin qu'a répondu le nouvel enseignement, inauguré il y a quelques années à l'École pratique et qui reconnaît à la chirurgie tout entière la même base anatomique, la détermination de la ligne et la recherche du point de repère; ce cours de technique chirurgicale et de manuel opératoire appliqués à toutes les opérations nouvelles, est en quelque sorte reproduit dans ce *Précis de Technique opératoire* que les prosecteurs de la Faculté de médecine livrent au public.

Ils n'ont eu pour objet ni les indications des opérations qu'ils décrivent, ni la comparaison des méthodes et des procédés au point de vue du but thérapeutique à remplir, ni les résultats et les discussions que ceux-ci soulèvent.

L'indication est établie; on a fait choix de la méthode, du procédé, en un mot de l'opération à faire; quel que soit le résultat qu'on en puisse retirer, ce sont les règles de son exécution qu'il faut établir et qu'il faut démontrer.

Tel était déjà le plan qu'avait suivi M. Farabeuf, dans son *Précis de Manuel opératoire*, pour les ligatures d'artères, les amputations, les résections; tel est celui que, pour toutes les autres opérations réglées, se sont proposé les Prosecteurs de la Faculté, poursuivant l'œuvre de leur prédécesseur, sans toucher au champ que celui-ci avait déjà parcouru et sans revenir sur les sujets qu'il a en quelque sorte épuisés dans son ouvrage.

Le *Précis de Technique opératoire* forme avec celui-ci un tout complet qu'on pourrait intituler le Guide de l'élève et du praticien dans l'exécution des opérations chirurgicales.

Il est, en effet, destiné aux élèves, non point à ceux qui n'ont en vue que le succès d'un examen ou d'une épreuve de concours, mais à ceux qui veulent par l'étude des opérations sur le cadavre se rompre aux difficultés dont ils devront triompher lorsqu'ils auront à les appliquer sur le malade et le blessé. Certains opérateurs, étourdis par la sécurité que l'ischémie pré-opératoire, l'emploi des pinces hémostatiques, les progrès de l'instrumentation et surtout les garanties réalisées par l'asepsie donnaient aux opérations, ont pu croire et dire que point n'était besoin de savoir l'anatomie pour être un chirurgien; c'est le principe contraire sur lequel est fondée toute la chirurgie moderne; pour opérer avec sûreté, il faut avoir cette correction que seule peut donner la fréquentation des amphithéâtres de médecine opératoire; une opération ne marche jamais mieux que lorsqu'on a pu en étudier et en répéter le temps successifs sur le sujet.

Le *Précis de Technique opératoire* est donc avant tout un manuel qui permet, sur le cadavre, de se préparer aux opérations que l'on doit exécuter sur le vivant. Il ne sera pas moins utile à ceux — et c'est le plus grand nombre — qui n'ont point à leur disposition un amphithéâtre où ils puissent repasser les règles de l'acte chirurgical qu'ils auront prochainement à accomplir, aux praticiens qui sont dans l'obligation de pratiquer à bref délai une opération qu'ils n'ont jamais ou qu'ils n'ont que rarement eu l'occasion de faire ou de voir faire par leurs maîtres.

Ils y trouveront le manuel détaillé des opérations courantes que tout médecin, livré à ses seules ressources, peut être appelé à exécuter s'il ne veut laisser périliter son malade : la trépanation de la mastoïde, l'opération de l'appendicite aiguë, les sutures intestinales, par exemple; ils y trouveront aussi les directions qui leur permettront l'abord des interventions plus compliquées et d'un ordre plus élevé, quand ils s'y trouveront encouragés par leurs aptitudes chirurgicales.

Pour ôter au lecteur toute incertitude et pour lui éviter d'avoir à se prononcer entre des procédés qu'il ne serait pas toujours à même de juger, il importait de faire pour lui ce choix, et parmi ces procédés de ne lui en présenter qu'un seul pour une opération déterminée; c'est ce qu'ont fait les auteurs. Ils ont, à dessein, passé sous silence tout ce qui n'est pas pour eux ce procédé de choix, négligeant toutes les variantes, passant sous silence parmi les modalités opératoires celles qui n'ont qu'un intérêt historique, forcés souvent de ne pas mentionner certaines pratiques utiles à connaître et parfois même bonnes à suivre; pour réaliser l'unité, la simplicité dans l'action comme dans l'exposition, ils ont tenu, pour chaque but à remplir,

à ne proposer à l'opérateur qu'un plan et à lui en tracer les lignes sans lui permettre d'en dévier.

Nous avons dit que dans toute opération ce plan, cette ligne de conduite étaient basés sur la connaissance exacte de l'anatomie de la région sur laquelle on opère.

Un résumé clair et précis de ces notions était donc nécessaire pour servir d'introduction à la description d'un grand nombre de ces procédés. Cette introduction éclaire et abrège tout à la fois l'exposé de la technique opératoire, en rappelant les dispositions qui peuvent servir de point de repère dans la recherche d'un organe, celles qui, dans l'opération, peuvent créer des difficultés et des dangers, et qu'on n'a plus qu'à signaler d'un mot au cours de la description de l'acte opératoire lui-même.

Est-il besoin de dire que la lecture d'un procédé opératoire ne se fixe jamais dans l'esprit comme le fait son exécution, soit sur le cadavre, soit bien mieux encore sur le vivant. Mais, à défaut de ce moyen d'étude, des figures simples et claires, précises autant que sobres de détails, représentant chacun des principaux actes, chacun des temps successifs de l'opération, permettent d'en suivre la description et de s'acheminer de station en station vers son achèvement, comme on le ferait l'instrument à la main. Cette représentation par l'image est non seulement le complément obligé, mais l'une des parties les plus essentielles de l'enseignement par le livre.

Il est pour celui-ci ce qu'est la démonstration de l'opération à l'amphithéâtre dans l'enseignement pratique de la médecine opératoire. C'est dire le soin avec lequel les auteurs ont tenu à ce que chacune de leurs descriptions fût accompagnée de figures nouvelles, exécutées sur leurs préparations, d'après leurs indications ; il y avait à cet

égard un double écueil à éviter : trop exactement reproduite, ainsi qu'elle résulte souvent de la photographie, la représentation d'un temps opératoire est parfois obscure, surchargée de détails confus, et difficile à interpréter ; schématique, elle cesse souvent d'être vraie et de donner une notion exacte de ce que l'on aura à constater au cours de l'opération : il y a donc un terme moyen à trouver, et les très nombreuses figures qui illustrent le texte semblent le réaliser d'une manière à peu près irréprochable.

Me sera-t-il permis de dire ce que je pense de la rédaction de cet ouvrage ? Ainsi que je le rappelais tout à l'heure, le prosectorat à la Faculté de Médecine est l'École à laquelle se sont formés presque tous nos chirurgiens ; forcés d'apprendre pour enseigner aux autres, les prosecteurs gagnent à cet exercice incessant et simultané de la parole et de la main, à l'élaboration intellectuelle qui l'accompagne, une précision, une sûreté impeccables dans l'exécution des opérations, une méthode et une clarté que peu d'autres acquièrent dans l'exposition des procédés qu'ils démontrent aux élèves. Internes ou anciens internes des hôpitaux, ils ont, en voyant opérer leurs maîtres, très souvent en opérant eux-mêmes, complété ce que l'exécution exclusive des opérations sur le cadavre laisse d'imparfait dans l'éducation chirurgicale. Forcés d'ailleurs de fournir dans un temps limité un enseignement complet des matières qu'ils ont à traiter à l'École, ils étaient particulièrement doués pour entreprendre la tâche qu'ils se sont imposée, et pour la mener vite à bien. Présentée de la sorte au lecteur, leur œuvre représente bien ce qu'elle doit être : l'exposé de la technique chirurgicale au moment précis où nous sommes.

Janvier 1904.

PRÉFACE DES AUTEURS

Ce *Précis de Technique opératoire* est la publication simple des cours de médecine opératoire, que la Faculté nous confie pendant le semestre d'été. La haute direction de cet enseignement appartient à M. le Professeur P. BERGER, qui nous fait l'honneur d'inscrire son nom en tête de cet ouvrage; nous lui en sommes profondément reconnaissants.

Ces cours, qui comprennent toute la chirurgie opératoire des viscères et des membres, ont été créés par M. le Professeur TERRIER. M. H. HARTMANN, sous-directeur des travaux de médecine opératoire, s'est dévoué à l'organisation de cet enseignement spécial à notre École pratique; il l'a fait sien. C'est à lui qu'il faut attribuer le succès croissant que ces cours remportent auprès des docteurs français et étrangers à qui ils sont réservés.

Ce succès, comme aussi l'absence d'un précis de technique opératoire, nous engage à publier nos cours tels que nous les professons.

C'est œuvre solidaire de tous les prosecteurs de la Faculté : chacun de nous traite dans cet ouvrage la partie qu'il enseigne.

Ces livres ne peuvent donc être que de la technique opé-

ratoire. Il n'y est décrit que les opérations typiques, sans que nous puissions envisager les multiples modifications de détail que la variabilité de l'état pathologique peut imprimer à une intervention.

Ce *Précis* s'adresse aux étudiants, qui y trouveront l'enseignement de la chirurgie opératoire dont ils ont besoin pour leurs études et qui, aujourd'hui, fait véritablement partie de l'éducation médicale.

Il s'adresse aussi aux docteurs, qui doivent tous connaître la technique opératoire, car la pratique chirurgicale n'est plus, comme autrefois, réservée à une élite peu nombreuse.

Il est des opérations que tout docteur doit savoir exécuter.

Le but de ces livres est de donner un procédé choisi pour chaque intervention, et, par une description très détaillée et très figurée, la compréhension complète de l'acte opératoire et la possibilité de l'exécuter immédiatement.

Pour chaque opération, un seul procédé est donné, celui que notre expérience de prosecteurs et la pratique chirurgicale de nos maîtres ont choisi.

Ce procédé, le plus souvent, combine les techniques de différents chirurgiens ; il emprunte aux uns et aux autres les manœuvres qui nous ont semblé bonnes ; il est donc impersonnel.

La bibliographie serait donc ici inutile, nous l'avons complètement laissée de côté.

Nous avons cru utile de réunir dans un livre spécial de « Pratique courante et chirurgie d'urgence » toutes les interventions qui constituent pour le praticien la chirurgie journalière, et la chirurgie d'exception à laquelle il ne saurait se refuser.

Fait dans un but immédiatement pratique et urgent, il est le seul de nos livres qui donne des indications opératoires et envisage les soins généraux et particuliers; les autres ne contiennent que de la technique pure.

Nous avons pris soin de faire des descriptions très détaillées, ne négligeant aucun détail sur les positions de l'opéré, du chirurgien, de son aide, sur le maniement des différents instruments.

A cette description, nous avons adjoint un nombre considérable de figures : chaque position, chaque temps opératoire sont représentés; les détails anatomiques essentiels sont à tout moment figurés.

La combinaison d'une description très précise et d'une illustration très détaillée nous a semblé indispensable pour obtenir la netteté et la clarté dans l'exposition.

Nos éditeurs, MM. Masson et C^{ie}, nous ont laissé pour l'illustration de ces livres une liberté entière. Le nombre considérable de figures nouvelles qu'ils nous ont accordé montre quel vif intérêt ils prennent aux méthodes d'enseignement; nous ne saurions trop les en remercier.

Janvier 1904.



DIVISION DES 7 VOLUMES

DU

PRÉCIS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

TÊTE ET COU (Ch. Lenormant.)

Crâne. — Technique générale de la craniotomie, craniectomie, interventions sur le sinus latéral, le cervelet et la méningée moyenne.

Oreille et mastoïde. — Trépanation simple, évidemment pétromastoïdien, traitement des complications intra-craniennes.

Squelette de la face. — Trépanation des sinus de la face (sinus frontal, sinus maxillaire, cellules ethmoidales et sphénoïdales). résections du maxillaire supérieur (totale et partielle), ostéotomies pour aborder l'orbite et le naso-pharynx, ostéotomies et résections du maxillaire inférieur.

Nerfs de la face. — Trijumeau, ganglion de Gasser, facial.

Bouche, pharynx, glandes salivaires. — Bec-de-lièvre et divisions du voile du palais, amputations de la langue, pharyngotomies, extirpation des glandes sous-maxillaire et parotide.

Larynx, trachée, corps thyroïde. — Laryngotomie, laryngectomies totale et partielle, trachéotomie, chirurgie du corps thyroïde.

Cou. — Vaisseaux, nerfs, torticollis, œsophagotomie cervicale.

THORAX — MEMBRE SUPÉRIEUR (A. Schwartz.)

THORAX

Sein. — Ablation partielle du sein, ablation totale du sein, curage de l'aisselle.

Parois thoraciques, plèvre et poumons. — Résection costale, thoracectomie sans ouverture de la plèvre, thoracectomie avec ouverture de la plèvre, pneumotomie.

Médiastin antérieur. — Ponction du péricarde, péricardotomie, suture du cœur.

Médiastin postérieur. — Bronchotomie, œsophagotomie externe, œsophagectomie.

Voie thoraco-abdominale. — Voie transpleurale, voie sous-pleurale.

Rachis. — Résection des apophyses épineuses, des lames vertébrales.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Découverte des nerfs. — Plexus brachial, nerfs médian, cubital, radial, circonflexe.

Incision des gaines synoviales. — Gaine radiale, gaine cubitale.

Chirurgie des os, des articulations. — Arthrotomies, extirpations osseuses.

Ostéosynthèse. — Ostéosynthèse en général, ostéosynthèse particulière (suture de l'olécrane).

MEMBRE INFÉRIEUR (G. Labey.)

Os et articulations. — Ostéotomies : sous-trochantérienne cunéiforme, transversale et oblique, du corps du fémur, supra-condylienne, condylotomie, des os de la jambe, symphyséotomie, résections diaphysaires et trépanations. Arthrotomies de la hanche, du genou, du cou-de-pied, de la médio-tarsienne. Résections de la hanche, du genou, de la tibio-tarsienne, extirpation de l'astragale, arthrodèse tibio-tarsienne. Suture et cerclage de la rotule. amputation ostéo-plastique de jambe, amputation ostéo-plastique tibio-astragaliennne, tarsectomies cunéiforme dorsale, externe et interne, etc....

Muscles et tendons. — Suture du tendon rotulien, suture du tendon d'Achille, ténotomies du couturier, des muscles de la patte d'oie, des adducteurs, etc...; allongement et raccourcissement du tendon d'Achille, anastomoses musculo-tendineuses (jambier antérieur et extenseur des orteils, tendon d'Achille et péroniers, etc...).

Vaisseaux. — Résections des saphènes.

Nerfs. — Découverte des nerfs (crural, saphène interne, fémoro-cutané, sciatique poplitée externe, interne, musculo-cutané, tibial antérieur, tibial postérieur et plantaires, honteux interne).

ABDOMEN (M. Guibé.)

Paroi abdominale. — Technique des laparotomies, traitement des éventrations, cure radicale des hernies, hernie inguinale, hernie crurale, hernie ombilicale, traitement des hernies étranglées, kélotomie.

Estomac. — Exploration, gastrotomie, gastrostomie, gastro-entérostomie, gastrectomie, résection du cardia, gastroplication, gastropexie.

Intestin. — Sutures intestinales, entérectomies et entérorraphies, jéjunostomie, exclusion de l'intestin, traitement de l'invagination intestinale, résection du segment iléocæcal, résection de l'appendice, résection des côlons, anus iliaque temporaire, anus iliaque définitif, colopexie, cure de l'anus contre nature.

Rectum et anus. — Résection des hémorroïdes, extirpation périnéale et abdomino-périnéale du rectum, résection du rectum par voie anale et par voie sacrée, rectococcyxie, myorraphie des releveurs, rectotomie postérieure.

Annexes du tube digestif. — Voies d'abord du foie (voies péritonéale, sous-pleurale, transpleurale), suture et tamponnement du foie, résection du foie, kysto-hépatostomie, hépatotomie pour abcès, hépatopexie.

Exploration des voies biliaires, cathétérisme des voies biliaires, cholécystotomie, cholécystostomie, cysticotomie, cholécystentérostomie, cholécystectomie, cholédochotomie (sus-duodénale, rétro-pancréatique, transduodénale, duodénotomie). Résection du canal cholédoque.

Splénectomie, spléнопexie.

Voies d'abord du pancréas.

Omentopexie.

**APPAREIL URINAIRE
ET APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME
(Pierre Duval.)**

Appareil urinaire. Rein et bassin. — Voie lombaire, voie trans-péritonéale, découverte du rein, néphropexie, néphrotomie, néphrorraphie, néphrostomie, néphrectomies, pyélotomie, pyélo-rénoplicature, urétéro-pyélonéostomie.

Uretere. — Découverte de l'uretère, segments rénal, lombaire, pévien; voie transpéritonéale, voie sous-péritonéale, uretère pelvien chez la femme, urétérotomie, urétéroplasties, urétérectomies, urétérorraphies, greffes de l'uretère.

Vessie. — Cystotomie, taille hypogastrique longitudinale et transversale, taille vaginale, taille sous-symphysaire, cystorraphie, cystostomies, cystectomies, curettage de la vessie.

Prostate. — Voie périnéale, voie endo-vésicale, prostatectomies.

Urètre. — Urètre de l'homme, urétrotomies internes et externes, boutonnière périnéale, urétérectomies, urétérorraphies, uréthroscie périnéale, uréthroplasties, hypospadias; urètre de la femme, urétrotomie interne et externe, uréthroplasties, urétérectomies.

Appareil génital de l'homme. — Chirurgie du testicule et de ses enveloppes, résection du scrotum, chirurgie de la vaginale, castrations, épидидymectomie, orchidotomie, chirurgie du cordon spermatique, de la vésicule séminale, du pénis, émasculatation totale.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

(Robert Proust.)

Vulve, vagin, périnée. — Déchirures du périnée, incomplètes et complètes, prolapsus. Périnéorraphie, procédés par avivement et par dédoublement. Déchirures complètes. Technique des sutures rectales, reconstitution du sphincter, colporrhaphie antérieure, colporrhaphie à plicature profonde, périnéoplastie par glissement, myorrhaphie des releveurs de l'anus.

Fistules vésico-vaginales; voie vaginale, procédés par avivement et par dédoublement, voie ischio-rectale; voie sus-pubienne, oblitération indirecte, colpocleisis, fistules vésico-utérines, avivement et procédé mixte, hystéro-stomatocleisis et hystéro-cleisis vésical, fistules urétéro-vaginales et urétéro-cervicales; fistules recto-vaginales, voie vaginale, avivement et dédoublement, autoplastie par glissement, voie périnéale, abaissement du rectum, dédoublement du périnée, voie vagino-périnéale, fistules recto-périnéales, abaissement du rectum.

Utérus et annexes. Voie vaginale. — Dilatation du col, discision du col, curettage, stomatoplastie, redressement utérin, cunéo-hystérectomie vaginale, hystéropexie vaginale, trachélorraphie.

amputation sous-vaginale du col à un et à deux lambeaux, amputation sus-vaginale, hystérectomie vaginale, morcellement, hémisection antérieure et évidemment conoïde, extirpation des annexes, myomectomie, colpo-hystérectomie pour cancer, colpectomie totale pour prolapsus.

Voie abdominale. — Hystéropexie abdominale, raccourcissement extra-péritonéal et intra-péritonéal des ligaments ronds, ligamentopexie rétro-utérine.

Hystérectomie abdominale totale, procédé classique, procédé américain, décortication sous-péritonéale sans hémostase préalable, hémisection, hystérectomie sub-totale, hystérectomie par section première du col, hystérectomie pour prolapsus, opération césarienne et opération de Porro, myomectomie, oophoro-salpingectomie, castration utéro-annexielle, opérations conservatrices sur les annexes.

PRATIQUE COURANTE

ET CHIRURGIE D'URGENCE (Victor Veau.)

Généralités. — Incision, hémostase, suture, anesthésie locale, greffes simples, abcès froids.

Tête et cou. Thorax. — Interventions d'urgence dans les fractures du crâne, corps étrangers, trépanation de la mastoïde, abcès, trachéotomie, pleurésies purulentes.

Abdomen. — Laparotomie pour traumastismes, péritonites aiguës, hernies étranglées, cure radicale de la hernie inguinale et crurale, anus temporaire, occlusion intestinale, anus définitif, cancer du rectum.

Rectum et anus : dilatation, hémorroïdes, abcès péri-anaux, fistules anales, imperforation anale.

Organes génitaux de la femme : laparotomie pour grossesse tubaire rompue, colpotomie pour abcès pelvien, curetage de l'utérus.

Organes génitaux de l'homme : phimosis, opérations sur la vaginale, castration, intervention dans les ruptures traumatiques de l'urètre, infiltration d'urine.

Membres. — Hémorragie traumatique, suture des tendons, des nerfs, abcès des membres, trépanation des os dans l'ostéomyélite, arthrotomies pour arthrites purulentes, ongle incarné, amputations pratiques.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

PREMIÈRE PARTIE

CHIRURGIE DE LA VULVE, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE

CHAPITRE PREMIER

PÉRINÉORRAPHIES ET COLPOPÉRINÉORRAPHIES

Le traitement idéal de la rupture du périnée est la *suture immédiate* que nous n'avons pas à étudier ici. Lorsque, pour une raison quelconque, cette suture n'a pas été pratiquée aussitôt après l'accouchement, le chirurgien se trouve, au bout d'un temps plus ou moins long, en présence d'une lésion ancienne, pour laquelle il aura le choix entre les divers procédés que nous allons étudier dans ce chapitre.

Il existe deux variétés de ruptures du périnée et leurs traitements, différents, doivent être étudiés successivement. L'une est la *rupture incomplète* qui n'intéresse que la paroi postérieure du vagin et la partie antérieure du corps périnéal, respectant l'intégrité du canal anal. Suivant une comparaison classique, c'est un coup de ciseaux débridant la commissure postérieure de la vulve. L'autre, *rupture complète*, intéresse le sphincter et la cloison recto-vaginale sur une hauteur plus ou moins grande, réunissant en un orifice commun l'anus et la vulve.

Les lésions anciennes ne restent d'ailleurs pas ce qu'elles étaient au lendemain de l'accouchement : la rétraction des muscles rompus, la cicatrisation muqueuse et cutanée modifient la forme et l'étendue de la perte de substance. C'est ainsi que la fente linéaire de la déchirure incomplète devient une sorte d'hiatus bordé latéralement par deux surfaces triangulaires.

La déchirure du périnée est grave surtout par les conséquences qu'elle entraîne du côté de la statique des organes génitaux profonds (vagin, utérus). Nous n'avons pas à insister ici sur les relations de cause à effet qui unissent la rupture du périnée au prolapsus génital : l'anatomie normale les fait pressentir, la pathologie les démontre. Mais il en résulte que les opérations que nous allons décrire maintenant sont également applicables à la rupture et au prolapsus.

Méthodes opératoires générales ⁽¹⁾.

La rupture périnéale porte à la fois sur la paroi postérieure du vagin et sur le corps périnéal : elle a un double effet : élargissement du vagin, raccourcissement (rupture incomplète) ou destruction (rupture complète) du corps périnéal.

D'où, deux indications que devra remplir toute périnéorrhaphie ; il faut agir : 1° *sur le vagin* pour le rétrécir, 2° *sur le périnée* pour le reconstituer et, en particulier, lui redonner sa longueur normale entre l'anus et la vulve. Il s'y ajoute, au cas de déchirure complète, une troisième indication : la nécessité de fermer l'anus et de reconstituer le sphincter.

On peut arriver au résultat cherché par deux méthodes différentes :

a) *La méthode de l'avivement*, qui n'est, si l'on veut, qu'un dérivé de la suture immédiate ; mais, comme les surfaces rup-

(1) *Protection du champ opératoire.* Pour toutes les opérations portant sur le périnée ou se pratiquant par la voie vaginale, la disposition des champs opératoires présente quelques difficultés. Je recommande tout spécialement la disposition dite des *champs américains* implantés chez nous par J. J. Les champs triangulaires de toile jouent le rôle de jambières ; leur forme régulière et conique. Une troisième bande, les latéraux pour les jambes, assurant un accès suffisant sur la région c

turées se sont cicatrisées, il faut tout d'abord les aviver par l'excision d'un lambeau, muqueux et cutané, de dimensions et de forme convenables; puis on suture l'une à l'autre les surfaces cruentées.

b) La méthode du dédoublement (méthode autoplastique), qui consiste à dédoubler la cloison recto-vaginale, ou ses débris, et à utiliser les lambeaux ainsi obtenus pour reconstituer le périnée. Cette méthode a, théoriquement tout au moins, sur la précédente, l'avantage de ne rien détruire, de tout utiliser dans une lésion par insuffisance des tissus.

I. PÉRINÉORRAPHIES DANS LES RUPTURES INCOMPLÈTES DU PÉRINÉE ET LE PROLAPSUS GÉNITAL

A. — Méthode de l'avivement.

1^o Procédé d'Hégar. — C'est le plus employé, l'un des plus simples; les autres n'en diffèrent que par l'étendue et la forme de l'incision.

Soins préliminaires. — La malade sera purgée l'avant-veille de l'opération et lavement le soir de ce même jour; aussitôt après on commencera à lui donner de l'opium pour la constiper.

Immédiatement avant l'intervention et lorsque la malade est déjà sur la table, elle sera sondée et l'on procédera à un nettoyage soigneux du vagin et du périnée.

Position de l'opérée et exposition du champ opératoire. — La malade est mise dans la position avec une valve, i vaginale anté-



Fig. 1. — Colpopérinéorrhaphie par avivement (Hégar). — Étalement du champ opératoire. — Tracé de l'avivement.

issitôt bomber la paroi vaginale postérieure

exubérante; sur cette paroi et sur le périnée, il faut placer des pinces tire-balles, ou à leur défaut des pinces de Kocher, qui marqueront l'étendue de l'avivement et serviront en même temps à étaler et à tendre la région. Avant de les placer d'une manière définitive on vérifie leur situation en rapprochant les grandes lèvres et en voyant ainsi sur quelle longueur il convient de les juxtaposer pour rétrécir la vulve et allonger le périnée. La longueur du périnée de nouvelle formation sera égale à la moitié de la largeur du triangle d'avivement ainsi mesurée par l'écartement des pinces.

En règle générale, il suffit d'avoir un triangle présentant 7 centimètres de large au niveau de sa base (fig. 1), et une hauteur de 7 centimètres dans le vagin (Pozzi).

On place donc une première pince sur le milieu de la paroi postérieure du vagin à 15 millimètres du col, puis, deux autres en des points symétriques, à l'union de la muqueuse et de la peau, marquant les angles latéraux du triangle; une quatrième enfin sera placée à égale distance des deux précédentes, au milieu de la base de l'avivement. Toutes ces pinces sont confiées aux aides qui étalent le champ opératoire; la valve vaginale, devenue inutile, est enlevée.

1^{er} temps : Avivement. — Avec le bistouri, on trace le contour du lambeau muqueux à exciser : l'incision, très superficielle, réunit les trois angles marqués par les pinces; le tracé doit être un peu convexe en dedans sur les côtés de l'avivement vaginal et s'arrondir aux angles.

Puis on dissèque ce lambeau avec le bistouri, ou mieux, des ciseaux bien tranchants; il faut commencer par l'angle supérieur et avancer à petits coups en soulevant avec une pince à griffes les parties déjà décollées. Pendant cette dissection, il se produit une hémorragie en nappe assez abondante qui obscurcit le champ opératoire; on se débarrassera du sang par une irrigation continue légère ou, plus simplement et mieux, en faisant essuyer par un aide.

La dissection ne doit porter que sur la muqueuse seule; on y arrivera avec un peu d'attention et il n'y a guère de danger d'aller profondément crever le rectum, lorsque la cloison recto-vaginale n'est pas trop amincie. Dans le cas contraire, on peut à la rigueur introduire dans l'anus, l'index protégé par un gant.

La dissection du lambeau terminée, on doit s'assurer que la muqueuse est partout enlevée.

2^e temps : Suture. — On exécute les sutures vaginales avec une aiguille de Reverdin très courbe et les sutures périnéales avec l'aiguille d'Emmet. On peut faire toute la suture au fil d'argent fin; si l'on préfère ne pas avoir à enlever les points profonds, on peut également suturer le vagin au catgut et les plans superficiels au fil d'argent ou au crin de Florence.

On place d'abord les fils vaginaux en commençant par les

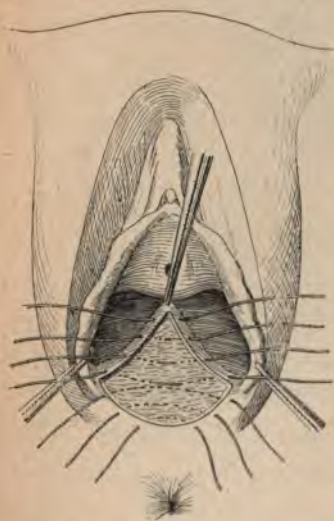


Fig. 2. — Colpopérinéorrhaphie par avivement (Hégar). — Passage des fils. Ils sont faufileés au niveau de la surface cruentée.



Fig. 5. — Colpopérinéorrhaphie par avivement (Hégar). — Disposition longitudinale de la plaie une fois la suture vaginale achevée.

plus élevés; il faut faire pénétrer et ressortir l'aiguille à 5 millimètres des bords de l'avivement et la faire cheminer dans tout son trajet sous la surface cruentée (fig. 2); la suture, ainsi faite, supprimera tous les espaces morts, assurera à la fois l'accolement et l'hémostase.

Quand tous les fils vaginaux ont été placés et noués (fig. 5), on passe à la suture du périnée, pour laquelle il faut prendre

profondément une grande épaisseur de tissu, ce qui est facile avec l'aiguille d'Emmet.

La suture terminée, on doit avoir reconstitué un corps

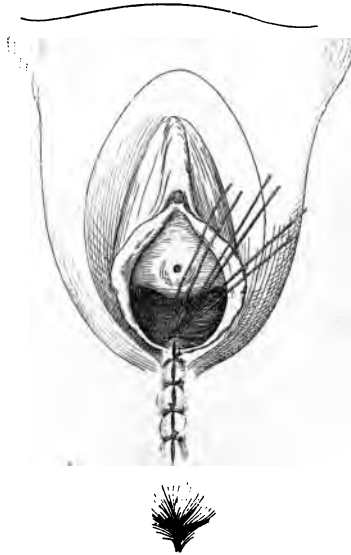


Fig. 4. — Colpopérinéorrhaphie par avivement (Ilégar).
Aspect du périnée, l'opération terminée.

périnéal long et épais (fig. 4 et 5), rétréci le vagin et l'orifice

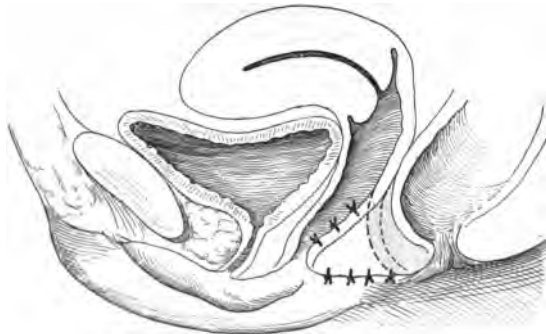


Fig. 5. — Coupe schématique du petit bassin montrant le résultat obtenu par la colpoperinéorrhaphie par avivement.

vulvaire; comme le disait Bouilly, « il faut avoir l'air d'avoir trop fait pour avoir fait assez ».

Sonde à demeure. Tamponnement lâche du vagin par une mèche et pansement. Maintenir les genoux rapprochés en les attachant au-dessus d'une alêze roulée. Constiper la malade jusqu'au 7^e jour où on la purgera après avoir retiré les fils profonds.

2^o Variantes de la colpopérinéorrhaphie. — a) Procédé



Fig. 6. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. Procédé de Martin. Tracé de l'avivement.

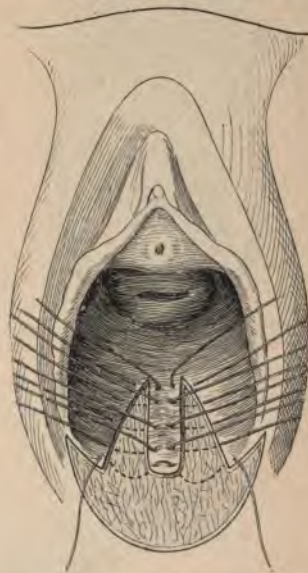


Fig. 7. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. — Procédé de Martin. Passage des sutures vaginales.

de Martin. — Son auteur a eu pour but de conserver la colonne postérieure du vagin qui forme la partie la plus résistante de la paroi postérieure; outre cet avantage un peu théorique, le procédé donne une surface d'avivement (fig. 6) aussi étendue que celle du procédé d'Hégar, mais fragmentée en trois segments juxtaposés et suturés isolément (fig. 7), d'où moindre tension des fils et meilleures conditions pour une bonne réunion; le seul reproche qu'on puisse lui faire, est d'être un peu compliqué.

La colonne vaginale postérieure étant maintenue tendue par deux pinces tire-balles, on dessine et on dissèque, de chaque côté, deux petits lambeaux triangulaires dont le sommet remonte jusqu'au voisinage du col et dont la base est à un travers de doigt de la fourchette; les surfaces cruentées sont immédiatement

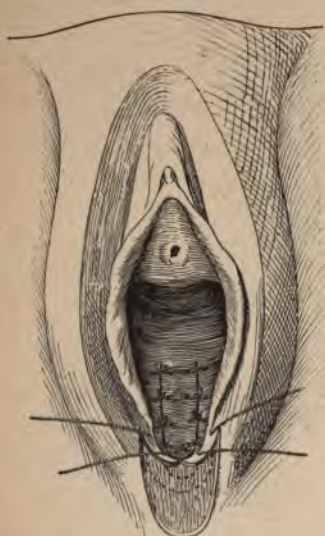


Fig. 8. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. — Procédé de Martin. Sutures vaginales terminées.



Fig. 9. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. — Procédé de Martin. Réfection de la commissure vulvaire. Passage des fils périnéaux.

suturées, chacune de son côté, par un surjet de catgut : on a réalisé ainsi (fig. 8) le rétrécissement du vagin.

Puis, au-dessous des excisions ainsi faites, on en pratique une plus étendue, en forme de croissant à concavité supérieure, que l'on délimite de la façon suivante : une première incision transversale est faite un peu au-dessus de la fourchette et remonte latéralement jusqu'à mi-hauteur de l'orifice vulvo-vaginal; de ses extrémités, en part une seconde, concentrique et s'écartant à angle aigu pour passer à la base des petites lèvres et rejoindre le pied des excisions triangulaires vaginales. Ce large croissant cruenté est alors tendu dans le sens antéro-postérieur par deux



Fig. 10. — Déchirure ancienne du périnée. — Procédé de Doyen. Tracé de l'avivement (Doyen).



Fig. 11. — Déchirure ancienne du périnée. Réunion des lambeaux. La suture du vagin est presque terminée (Doyen).

pinces et devient ainsi plus ou moins losangique; un double plan de sutures au catgut accole l'une à l'autre les deux moitiés de ce losange, dont l'extrémité supérieure (fig. 9) sert à la réfection de la commissure vulvaire.

b) Procédés de Simon et de Doyen. — Dans la déchirure incomplète du périnée sans prolapsus vaginal, l'excision doit porter surtout sur le périnée et peu sur le vagin. C'est ce qui constitue la caractéristique des procédés de Simon et de Doyen.

Simon avive au niveau du périnée un triangle à bords légère-

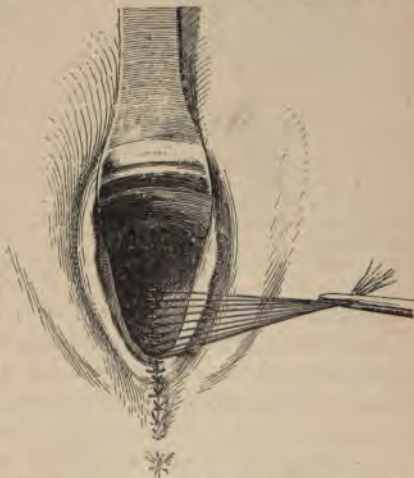


Fig. 12. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. Opération terminée (Doyen).

ment convexes et à angles arrondis dont la base est antérieure. Il complète cet avivement par l'excision d'un tout petit triangle de muqueuse vaginale comme dans son procédé de périnéorraphie pour ruptures complètes (fig. 27). La disposition des fils donne une suture longitudinale.

Doyen opère d'une manière analogue. Il circonscrit la cicatrice de la déchirure par quatre incisions curvilignes; les deux postérieures en divergeant limitent un triangle dont la base va de



Fig. 15. — Colpopérinéorraphie par avivement. — Nouveau procédé d'Emmet. Tracé de l'avivement.

Fig. 14. — Colpopérinéorraphie par avivement. — Nouveau procédé d'Emmet. Passage des fils vaginaux.

l'extrémité postérieure d'une grande lèvre à l'autre; les deux antérieures se prolongent légèrement dans le vagin (fig. 10). Il extirpe le tissu intermédiaire à une profondeur de 4 à 5 millimètres. Les sutures sont disposées comme dans les procédés de Simon et d'Hégar, c'est-à-dire qu'on suture d'abord la muqueuse vaginale (fig. 11) jusqu'à ce que les grandes lèvres, en se rejoignant, reconstituent la fourchette, puis on continue la suture cutanée à points séparés jusqu'à l'extrémité postérieure de la plaie périnéale (fig. 12). S'il était nécessaire de diminuer davan-

tage la circonférence de la vulve et d'allonger le périnée, il suffirait de prolonger l'avivement latéral un peu plus haut sur les grandes lèvres.

c) *Procédé d'Emmet (nouveau)*. — D'après Pozzi, l'opération la plus répandue en Amérique pour les ruptures incomplètes du périnée est le nouveau procédé d'Emmet. L'avivement (fig. 15) a la forme d'un triangle à base curviligne et à sommet

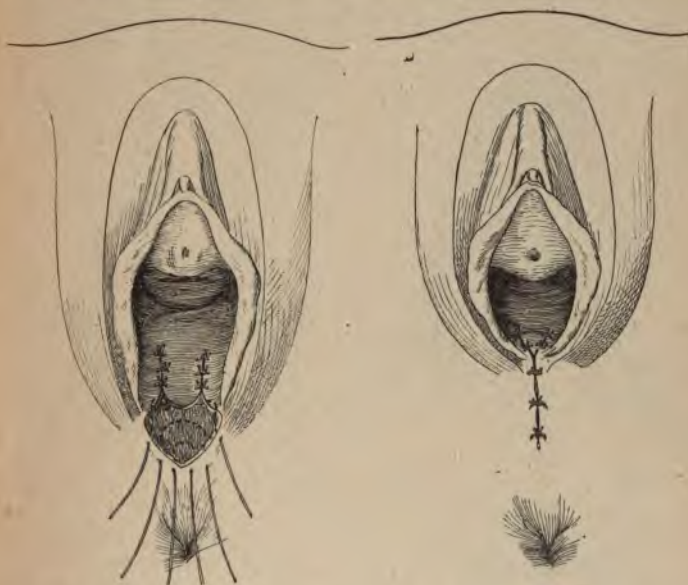


Fig. 15. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. — Nouveau procédé d'Emmet. Passage des fils périnéaux.

Fig. 16. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. — Nouveau procédé d'Emmet. Opération terminée.

bifide, l'incision rappelant la lettre M. La suture successive (fig. 14) de chacune de ces cornes vaginales rétrécit d'autant le vagin (fig. 15). Le passage de fils en bourse au niveau du périnée permet d'affronter correctement (fig. 16) la plaie triangulaire qui subsistait.

B. — Méthode du dédoublement.

1^o *Procédé de Lawson Tait*. — C'est le procédé-type du dédoublement pur; la technique primitive de L. Tait, défec-

tueuse sur certains points, a été modifiée par divers opérateurs, en particulier par Sânger et par Pozzi. C'est cette technique améliorée que nous allons décrire ici.

Préparation et position de la malade, comme dans la périnéorrhaphie par avivement.

1^{er} temps : Dédoublement. — L'index gauche, ganté, est introduit dans le rectum et soulève la cloison recto-vaginale; il ne quittera cette place que l'opération finie. En même temps, un aide attire de chaque côté la peau avec deux

pinces tire-balles, placées latéralement, de façon à étaler et à tendre en travers le périnée, entre la fourchette et l'anus.

Le dédoublement peut se faire avec un bistouri ou avec des ciseaux spéciaux, pointus et coudés (ciseaux d'Emmet ou de Roux). Quel que soit l'instrument choisi, on l'enfonce, sur la ligne exactement médiane, à égale distance de la vulve et de l'anus (fig. 17), puis on débride, d'abord à gauche, puis à droite, de façon à obtenir une incision transversale de 55 à 40 millimètres environ; cette incision, profonde de 2 à 5 centimètres, doit dédoubler la cloison recto-vaginale en deux moitiés d'épaisseur

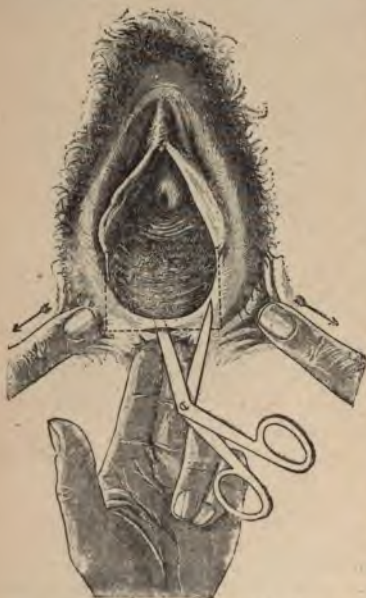


Fig. 17. — Périnéorrhaphie par dédoublement.
— Procédé de Lawson Tail. Avivement aux ciseaux (Pozzi).

sensiblement égale, et c'est le doigt rectal qui apprécie cette épaisseur.

Aux extrémités du débridement transversal, on mène ensuite deux incisions verticales (la malade étant dans la position de la taille), longues de 2 à 5 centimètres, et divisant profondément les tissus sous-cutanés jusqu'à l'extrémité postérieure des grandes lèvres. Ces deux incisions achèvent de limiter un lam-

beau quadrilatère, à face antérieure cutanée et face postérieure cruentée, libre sur tout son pourtour, sauf au niveau de son bord supérieur qui forme base et le rattache à la fourchette. Si l'on soulève ce lambeau, on voit qu'il recouvre une large surface avivée, également quadrilatère, au-devant de laquelle il retombe comme un rideau.

Si le périnée est très insuffisant, on peut augmenter encore l'étendue des surfaces cruentées en prolongeant en arrière, au delà du débridement transversal, les deux incisions latérales : l'incision est alors un H à branches postérieures courtes (Pozzi) et le dédoublement de la cloison recto-vaginale donne comme résultat une sorte d'entonnoir quadrilatère (fig. 54, p. 27), aplati d'avant en arrière.

Dans tous les cas, ce dédoublement entraîne une hémorragie en nappe assez abondante : on tamponne, et, s'il y a quelques artérioles visibles, on les lie au catgut fin.

2^e temps : *Sutures*. — L'index gauche reste dans le rectum pour guider le passage des fils et s'assurer que ceux-ci ne pénétrant pas dans la lumière de l'intestin.

A la suture primitive de Lawson Tait, qui plaçait, dans la plaie, quatre fils d'argent ne prenant pas la peau, nous préférons la suture plus exacte et plus solide de Pozzi ; elle comprend trois étages de fils : des anses profondes de fil d'argent qui assurent la solidité du périnée, un surjet perdu au catgut qui réalise un affrontement exact des surfaces cruentées et supprime tout espace mort, et des fils cutanés.

Son exécution comporte les manœuvres suivantes :

1^o Avec l'aiguille d'Emmet, on passe tout d'abord trois anses de fil d'argent, chacune d'elles pénétrant à 5 millimètres d'un des bords de la plaie, cheminant sous toute l'étendue de la surface cruentée et venant ressortir à 5 millimètres du bord opposé ; ces fils ne sont pas encore noués ;

2^o On fait ensuite un surjet de catgut sur les deux lèvres de l'avivement qui est ainsi suturé dans le sens antéro-postérieur ;

5^o On suture très exactement la peau au crin (suture orientée dans le sens antéro-postérieur) ;

4^o Enfin, on serre les anses profondes de fil d'argent de la manière que voici : du côté de l'anse, on introduit dans la concavité de celle-ci un rouleau de gaze ; puis, de l'autre côté, on saisit les chefs libres de cette anse, on exerce sur eux une

traction suffisante pour bien affronter les tissus et on les fixe en les tordant sur un rouleau de gaze (fig. 55, p. 28).

Pansement et soins consécutifs, comme après la périnéorraphie par avivement.

2^e Procédé de Doléris. — 1^{er} temps : *Incision.* — On trace,



Fig. 18. — Colpopérinéoplastie par glissement. — Procédé de Doléris. Tracé de l'incision de A en B (Pozzi).

avec le bistouri, une incision courbe AB, concave en avant, entourant la partie postérieure de l'orifice vulvaire (fig. 18), exactement à l'union de la muqueuse et de la peau; pour faire facilement cette incision, on fixe, avec deux pinces de Kocher, les points où on l'arrêtera en avant et l'on se sert de ces pinces pour tendre la peau.

2^e temps : *Dédoublement.*

— On dissèque ensuite la lèvre antérieure (vaginale) de l'incision, en travaillant surtout sur la ligne médiane. Bientôt, on trouve à ce niveau un plan de clivage qui permet de séparer assez facilement le rectum du vagin; il faut, dès lors, quitter le bistouri et ne plus se servir que du doigt ou

d'un instrument mousse pour achever la séparation des deux organes; l'index gauche peut être introduit dans le rectum pour vérifier l'intégrité de la paroi rectale pendant cette dissection. Il faut pousser haut le dédoublement, d'autant plus haut que la paroi vaginale postérieure est plus élargie et plus flasque.

Le résultat du dédoublement est, ici encore, une plaie profonde en forme d'entonnoir aplati d'avant en arrière.

3^e temps : *Placement des fils profonds.* — Le lambeau vaginal ABD est relevé par une pince; une aiguille d'Emmet, chargée de fil d'argent, s'enfonce dans l'épaisseur du périnée, à gauche de l'anus, et ressort dans le fond de la plaie; là elle embroche,

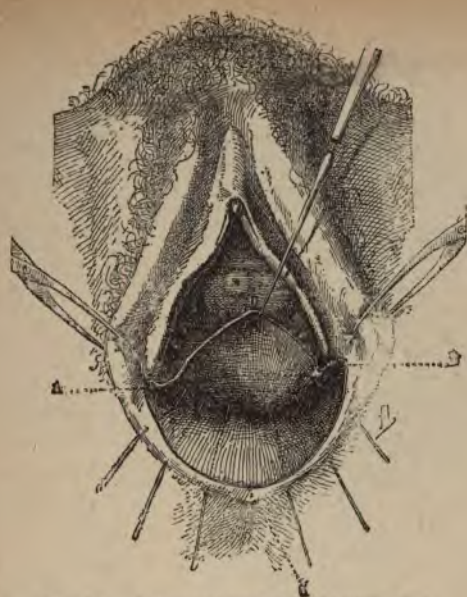


Fig. 19. — Colpopérinéoplastie par glissement.
Procédé de Doléris. Trajet des fils profonds (Pozzi).



Fig. 20. — Colpopérinéoplastie par glissement. — Procédé de Doléris.
En D, collerette vaginale exubérante, prête à être réséquée suivant A B (Pozzi).

aussi haut que possible, le lambeau vaginal, sans le perforer;

puis, par un trajet symétrique, elle traverse le côté opposé du périnée et vient ressortir à droite de l'anus.

On place de la même façon, deux autres fils, un peu en dehors du premier (fig. 19). Puis on serre et on noue ces trois fils.

Il en résulte une suture linéaire et antéro-postérieure, reconsti-

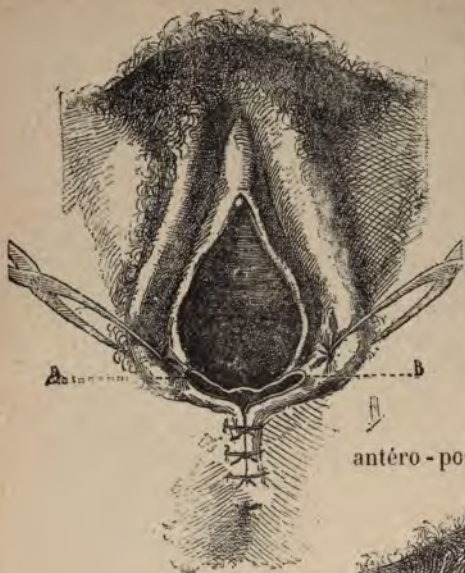


Fig. 21. — Colpopérinéoplastie par glissement. — Procédé de Boléris. La colerette vaginale est réséquée. Les deux oreilles latérales sont vues avant la suture qui va affronter A et B (Pozzi).

tuant le corps périnéal; en avant d'elle, à la commissure postérieure de la vulve, le lambeau vaginal, exubérant et plissé, fait une saillie (fig. 20) qui déborde le plan de l'orifice vulvaire.

4^e temps : *Excision de la partie inutilisée du lambeau vaginal et suture muco-cutanée.* — D'un coup de ciseaux, on abat l'excédent de paroi vaginale postérieure, au ras du périnée; puis on suture soi-



Fig. 22. — Colpopérinéoplastie par dédoublement. — Procédé de Boléris. Opération terminée. Toutes les sutures sont extérieures (Pozzi).

gneusement l'une à l'autre (fig. 21) chacune des oreilles A et B formées par l'adossement du lambeau vaginal à la lèvre cutanée. L'opération finie (fig. 22), toutes les sutures sont extérieures.

C. — *Myorrhaphie des releveurs de l'anus.*

(Procédé de Pierre Duval et Proust).

Dans toute périnéorrhaphie par dédoublement, on recommande de pousser haut la séparation du vagin et du rectum et de charger, sur l'aiguille qui fait les sutures profondes, la plus grande épaisseur possible de tissus. On accroche ainsi le bord interne des muscles releveurs de l'anus qui sont l'élément essentiel du plancher pelvien. Mais on peut aussi, dans les prolapsus génitaux, s'adresser directement à ce muscle, dont l'anatomie normale et pathologique a montré le rôle capital dans la statique de l'utérus; on suture les deux releveurs l'un à l'autre et l'on supprime ainsi la fente prérectale dans laquelle peut se faire la hernie périnéale du cul-de-sac de Douglas, hernie dont Zuckerkandl a montré l'importance dans la pathogénie de certains prolapsus génitaux; en même temps, on constitue, en arrière du vagin, une sangle musculaire très forte qui soutiendra cet organe, et, par son intermédiaire, l'utérus.

La myorrhaphie des releveurs s'adresse donc surtout au prolapsus plus qu'aux déchirures du périnée⁽¹⁾; elle mérite cependant d'être rapprochée des périnéorrhaphies postérieures par avivement et surtout par dédoublement. En voici la technique.

1^{er} temps : Incision, dédoublement du périnée et découverte du bord inférieur des releveurs. — On fait la même incision courbe, concentrique à la partie postérieure de la vulve, que dans la périnéorrhaphie de Doléris; mais on prolonge un peu plus en avant ses extrémités, jusqu'au bord externe des grandes lèvres.

On dédouble le corps périnéal, puis, aux extrémités antéro-latérales de l'incision, on pénètre assez profondément pour

(1) On peut l'employer aussi comme traitement du prolapsus rectal. Voir *Chirurgie de l'abdomen*, par Guibé.

prendre contact avec les releveurs; l'incision laisse en dedans d'elle les bulbes de la vulve. La traction de l'anus en arrière, au moyen d'une pince, tend les releveurs, dont les bords inférieurs saillants constituent deux cordes, faciles à dénuder, du bord postérieur du diaphragme uro-génital au rectum.

2^e temps : Section de la bandelette recto-vaginale et décollement du rectum et du vagin.

— Entre les deux releveurs, sur la ligne médiane, on voit et on sent une bandelette tendue de la face antérieure du rectum (au niveau de son conde périnéal) au vagin : c'est le petit muscle recto-vaginal (fig. 25); il mérite un temps spécial dans l'opération, car c'est lui qui maintient fixé en avant le coude rectal et, si l'on ne tient pas compte de ce fait, on risque à ce moment d'ouvrir le rectum.

On reconnaît donc la bandelette musculaire prèrectale, on l'isole et on la sectionne tout à fait au ras de son insertion vaginale. Aussitôt on pénètre dans la *zone décollable* inter-vagino-rectale et la sépa-

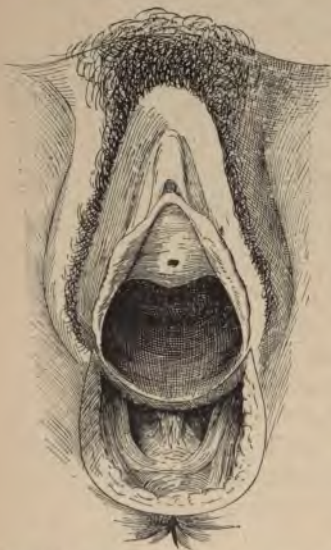


Fig. 25. — Myorraphie des releveurs. — Isolement de la bandelette recto-vaginale (Duval et Proust).

ration des deux organes doit se faire sans difficulté jusqu'au cul-de-sac de Douglas qui doit apparaître, blanc et doublé de graisse, dans la profondeur de la plaie. Si le décollement n'est pas facile, si l'on n'a pas la sensation de pénétrer dans une sorte de cavité séreuse interposée aux deux organes, c'est qu'on n'a pas trouvé le bon plan de clivage et, vraisemblablement, que l'on est en pleine paroi rectale.

5^e temps : Dénudation des faces internes des deux releveurs.

— On refoule le rectum avec une valve étroite et, de chaque côté, on dénude largement la face interne des muscles, car il faut affronter ceux-ci par leurs faces et non par leurs bords.

4^e temps : *Suture musculaire.* — Une pince à dissection éverse le bord inférieur de chacun des muscles de façon à présenter sa face interne (fig. 24).

Le premier point doit être placé aussi profondément que possible à hauteur du cul-de-sac de Douglas, que l'on refoule s'il est trop proéminent.

L'aiguille courbe charge la face interne du muscle, largement; elle passe ensuite dans la paroi vaginale, non pas à la même hauteur que dans le muscle, mais plus bas, de façon que cette paroi se trouve remontée par la striction du fil.

Le fil repasse ensuite dans la face interne du releveur opposé, décrivant dans son ensemble un trajet en Ω ; il n'est pas noué immédiatement. Trois ou quatre fils sont ainsi placés pour la myorrhaphie et la vaginopexie. Ils sont de plus en plus superficiels. Leur traversée musculaire se rapproche de plus en plus du bord inférieur du muscle, et le dernier point passe dans ce bord même pour comprendre le vagin à la limite de la vulve.

Les trois fils sont alors noués en commençant par le supérieur et, grâce à leur disposition en escalier, l'obliquité de la paroi vaginale est entièrement rétablie (fig. 25).

Quatre points alors, disposés en suture antéro-postérieure, unissent les bords inférieurs des muscles (fig. 26); le point antérieur reprend la vulve qu'il fixe; le postérieur touche au sphincter externe lorsqu'il est conservé, le reconstitue lorsqu'il est déchiré.

5^e temps : *Reconstitution des plans superficiels et suture cutanée*, comme dans le procédé de Doléris.

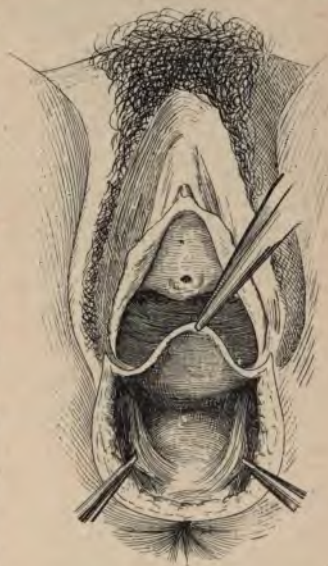


Fig. 24. — Myorrhaphie des releveurs. — Dénudation de la face interne des muscles. Décollement du rectum et du vagin (Duval et Proust).



Fig. 25. — Myorraphie des releveurs. — Les muscles sont maintenus éversés pour montrer la disposition des sutures profondes (Duval et Proust).



Fig. 26. — Myorraphie des releveurs. — Adossement des bords inférieurs des muscles (Duval et Proust).

II. PÉRINÉORRAPHIES DANS LES RUPTURES COMPLÈTES DU PÉRINÉE

A. — *Méthode de l'avivement.*

Les procédés sont ici encore assez nombreux; les différences portent moins sur la forme et l'étendue de l'avivement que sur le mode de suture. L'avivement, en effet, devra toujours tendre à reproduire des surfaces cruentées analogues à celles qui existaient au moment même de la déchirure : c'est-à-dire, de chaque côté, une large surface triangulaire, s'étendant en arrière jusqu'à l'anus et s'avancant en avant, plus ou moins loin sur les parties latérales de la vulve; entre les deux, sur la ligne médiane,

le bord inférieur de ce qui reste de la cloison recto-vaginale.

On peut faire la suture de deux manières : la plus simple consiste à faire un seul plan de sutures périnéales, sans suture spéciale du vagin et du rectum ; l'autre, plus compliquée mais peut-être plus sûre, superpose les plans de suture, fermant d'abord le rectum et le vagin, puis plaçant ensuite des fils périnéaux. Le type de la suture à un seul plan est le procédé d'Emmet ; le type de la suture complexe est le procédé de Simon-Hégar ; nous allons les décrire tous les deux.

1^o Procédé de Simon-Hégar. — *1^{er} temps : Avivement.* — La femme étant dans la position habituelle pour la périnéorrhaphie, on soulève avec une valve la paroi vaginale antérieure et on introduit dans le rectum une éponge montée.

Quatre pinces sont alors placées aux angles du futur avivement, c'est-à-dire deux en avant, en des points symétriques de la face interne des grandes lèvres, et deux en arrière, de chaque côté de l'anus, à 15 ou 20 millimètres en dehors de cet orifice. Ces pinces servent à tendre la peau.

On dessine alors, avec un bistouri bien tranchant, le contour du lambeau cutanéomuqueux à exciser. Suivant la comparaison classique, il a la forme d'un papillon aux ailes déployées. Il ne faut pas donner à cet avivement des dimensions exagérées, sans quoi il deviendrait difficile ou même impossible d'affronter convenablement les surfaces cruentées.

Le tracé de l'avivement (fig. 27) comprend 5 parties :

a) On commence sur la ligne médiane, en avant, au niveau de la paroi vaginale postérieure, sur laquelle on dessine, puis on



Fig. 27. — Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée. — Méthode d'avivement. Procédé de Simon-Hégar. Tracé.

excise, un petit lambeau muqueux triangulaire, représentant la tête du papillon ;

b) Puis, partant des angles latéraux de ce triangle, on mène, de chaque côté, une incision oblique en avant et en dehors qui gagne, à la face interne de la grande lèvre, l'angle antérieur de l'avivement, déjà jalonné par les pinces ; l'incision se recourbe à ce niveau, à angle aigu, mais arrondi, et revient, oblique maintenant en arrière et en dedans, vers les pinces postérieures ; on a ainsi dessiné le contour des ailes du papillon, c'est-à-dire les deux grands côtés des triangles latéraux d'avivement ;

c) Il ne reste plus qu'à tracer la base de ces triangles ; pour cela, on réunit les deux angles postérieurs du lambeau à exciser par un trait transversal, un peu convexe en avant, passant au niveau de l'anus.

On dissèque ensuite, au bistouri ou aux ciseaux, le large lambeau ainsi délimité ; la surface avivée saigne abondamment en nappe, surtout au niveau des parties latérales : le tamponnement, quelques ligatures d'artérioles arrêtent rapidement cette hémorragie.

2^e temps : Sutures. — On les appliquera (fig. 28) dans l'ordre suivant :

a) *Sutures vaginales* : Quelques points de catgut (pour n'avoir pas à les enlever plus tard), mis dans le vagin, affrontent le petit triangle excisé sur la paroi vaginale postérieure.

Fig. 28. — Périnéorraphie pour rupture complète du périnée. — Méthode d'avivement. Procédé de Simon-Hégar. Disposition des sutures vaginales et rectales.

b) *Sutures rectales* : Certains chirurgiens n'en font pas ; dans les cas de déchirure étendue de la cloison recto-vaginale, il est préférable cependant de fermer l'intestin par des fils spéciaux. A la suture primitive d'Hégar qui employait des fils (argent ou catgut)

perforant toute l'épaisseur de la paroi rectale et noués dans la lumière de l'intestin, nous préférons la suture sous-muqueuse, non perforante, à la manière de Lauenstein. On la fera au catgut, car les points doivent être enfouis dans la profondeur de la plaie; l'aiguille est enfoncée dans la surface cruentée, à 4 ou 5 millimètres du bord rectal de l'avivement et chemine dans l'épaisseur de la paroi rectale, sans en perforer la muqueuse; elle suit, dans la lèvre symétrique de l'avivement, un trajet identique; on place un nombre de fils (points séparés) proportionnels à l'étendue de la déchirure de la cloison recto-vaginale; quand tous sont serrés, les deux lèvres de cette déchirure s'accolent et reconstituent la partie inférieure de la cloison.

c) *Sutures périnéales* : On passe ensuite, avec une aiguille à grande courbure, un nombre suffisant de crins de Florence ou de fils d'argent, pour bien coapter (fig. 29) les deux triangles latéraux d'avivement périnéal. Tous ces fils, qui doivent charger une bonne épaisseur de tissus, sont d'abord placés; puis on les noue après avoir rapproché les cuisses de la malade.

C'est cette ligne antéro-postérieure de sutures qui reconstituera le raphé ano-vulvaire⁽¹⁾.



Fig. 29. — Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée. — Méthode d'avivement. Procédé de Simon-Ilegar. Sutures périnéales.

2^e **Procédé d'Emmet.** — 1^{er} temps : *Avivement*. — Il diffère peu du précédent; cependant on ne fait pas d'excision de la paroi

(1) Ilegar terminait son opération par la section en arrière de l'anus du sphincter externe, dans le but d'éviter une trop grande tension des fils rectaux. C'est inutile et c'est dangereux, car on risque l'infection de cette seconde plaie et l'incontinence sphinctérienne. En revanche, il est bon de consacrer un temps spécial à la

vaginale. En voici le tracé, d'après Pozzi : « l'avivement représente, sur chacun des côtés du périnée déchiré, un triangle dont la base est à la peau, dont un des côtés suit la paroi vaginale et remonte jusqu'au quart inférieur de la grande lèvre, tandis que l'autre, passant au-devant de la limite antérieure de l'orifice anal, vient rejoindre l'incision cutanée; ces deux triangles sont reliés l'un à l'autre, sur la ligne médiane, par un avivement pratiqué aux dépens de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale et remontant jusqu'à 5 centimètres de hauteur ».

Il faut commencer cet avivement par la partie moyenne, disséquant d'abord la muqueuse de la cloison, tendue par le doigt qu'un aide introduit dans le rectum. Puis on dissèque les lambeaux triangulaires latéraux. Hémostase des surfaces cruentées.

2^e temps : Sutures. — On emploie l'aiguille d'Emmet et le fil d'argent; les points, au nombre de 4 ou 5, sont placés successivement d'arrière en avant, de l'anوس à la vulve. Chacun d'eux pénètre dans la peau à 10 ou 15 millimètres du bord gauche de l'avivement, embrasse une notable épaisseur des tissus du périnée, charge en passant, dans le milieu de la plaie, la cloison recto-vaginale avivée, et ressort par un trajet symétrique à 10 ou 15 millimètres du bord droit de l'avivement; en le nouant on réalisera donc, en même temps que l'accolement des deux surfaces triangulaires latérales, l'abaissement de la cloison recto-vaginale qui descend comme un rideau entre le rectum et le

recherche (fig. 50) et à la suture (fig. 51) au niveau de la plaie périnéale, des deux bouts du sphincter déchiré.



Fig. 50. — Périnéorraphie pour rupture complète du périnée. — Méthode d'avivement. Recherche des deux bouts du sphincter déchiré.

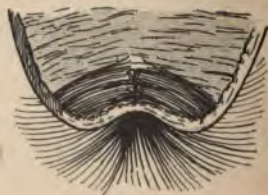


Fig. 51. — Périnéorraphie pour rupture complète du périnée. — Méthode d'avivement. Suture du sphincter de l'anوس.

vagin. Pendant la suture, il est indispensable d'avoir un doigt dans l'intestin, car les fils ne doivent pas perforer le rectum.

C'est le premier fil placé, le plus postérieur (fig. 52), qui est le plus important, car il doit reconstituer le sphincter externe : il faut enfoncer l'aiguille franchement sur les côtés de l'anus pour être sûr de saisir les extrémités du muscle divisé.

Si l'affrontement cutané n'est pas parfait, on le complète par quelques crins de Florence superficiels.

On recommande, une fois l'opération terminée, de s'assurer que l'anus n'est pas trop rétréci.

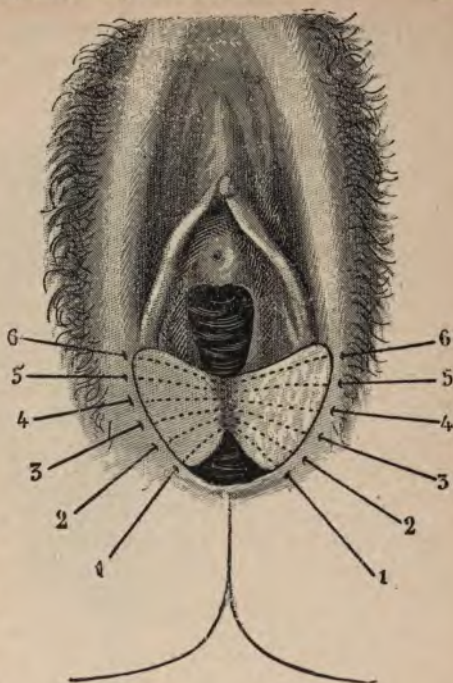


Fig. 52. — Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée. — Procédé d'Emmet. Avivement et disposition des fils. C'est le fil 1 qui doit rapprocher les deux extrémités du sphincter déchiré (Pozzi, d'après Hanks).

B. — Méthode du dédoublement.

(Procédé de Lawson Tait modifié par Pozzi).

1^{er} temps : Incision. — Elle a la forme d'un H dont la branche transversale est plus rapprochée de l'extrémité postérieure que de l'extrémité antérieure des branches latérales (fig. 53).

Elle comprend une incision transversale et médiane sur le bord inférieur de la cloison recto-vaginale et deux incisions



Fig. 55. — Périnéorraphie pour rupture complète du périnée. Méthode du dédoublement. Procédé de Lawson Tait modifié. Incision (Pozzi).

sagittales et latérales, s'étendant, en avant, jusqu'à mi-hauteur de la vulve et, en arrière, jusqu'au delà du bord postérieur de l'anus.

2^e temps : Dédoublement. — Il se pratique comme dans la déchirure incomplète du périnée. On commence sur la ligne médiane, au niveau de la cloison recto-vaginale, que l'on clive en deux lambeaux, l'un vaginal, l'autre rectal. Quand on a poussé suffisamment ce dédoublement, et il faut le faire plus profond que pour une déchirure incomplète, on incise à fond, de chaque côté, dans toute la longueur, des débridements latéraux.

La plaie présente alors l'aspect d'un infundibulum limité, en

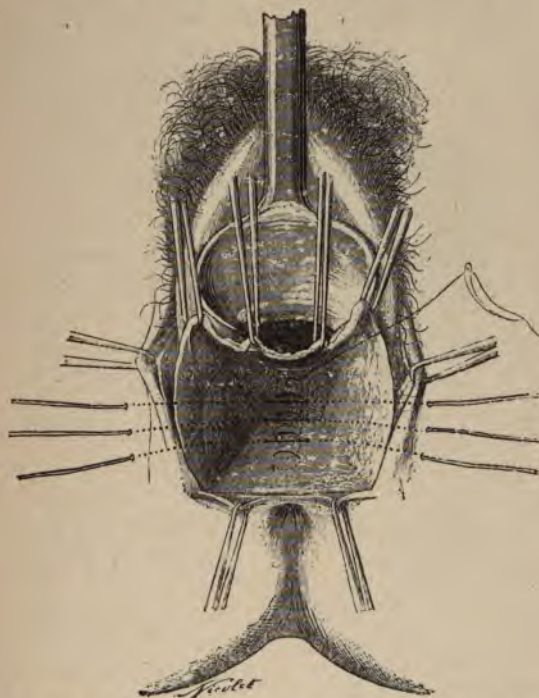


Fig. 54. — Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée. — Méthode du dédoublement. Procédé de Lawson Tait modifié. Disposition des fils profonds et du surjet (Pozzi).

avant et en arrière, par un rideau vaginal et un rideau rectal qu'on écarte avec des pinces (fig. 54).

5^e temps : Avivement. — Reste à réunir, par une suture orientée d'avant en arrière, les surfaces cruentées résultant du dédoublement. Plusieurs procédés peuvent être employés à cet usage.

a) On peut faire une suture à un seul plan, au fil d'argent, identique à celle qui termine la périnéorrhaphie par avivement d'Emmet (voir plus haut); le fil postérieur, le premier placé, réunissant les deux bouts du sphincter anal.

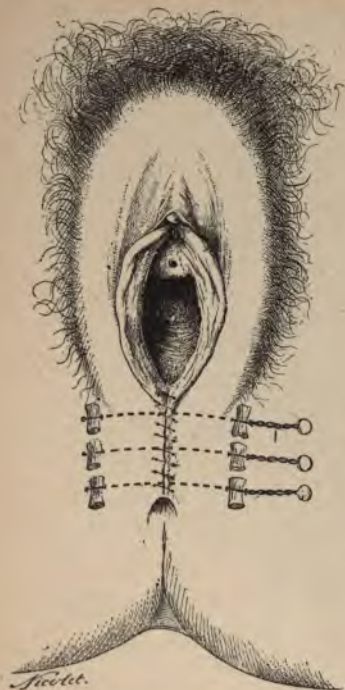


Fig. 53. — Périnéorraphie pour rupture complète du périnée. — Méthode du dédoublement. Procédé de Lawson Tait modifié. Opération terminée (Pozzi).

b) On peut employer la suture à deux plans de Pozzi (fig. 55) que nous avons décrite à propos de la périnéorraphie par dédoublement dans les ruptures incomplètes (voir à la page 15).

c) On peut enfin faire, comme après l'avivement d'Hégar, trois ordres de sutures : rectales, vaginales et périnéales; on commence alors par réunir les deux lèvres de la déchirure rectale par des catguts non perforants (suture de Lauenstein); des points analogues ferment la déchirure vaginale; tous ces fils, les rectaux comme les vaginaux, sont noués du côté des surfaces cruentées. On termine par un affrontement périnéal au fil d'argent.

III. COLPORRAPHIES ANTÉRIEURES

Lorsque c'est la paroi vaginale antérieure qui paraît démesurément large et qui bombe au moindre effort, il est indiqué de la rétrécir par excision d'un lambeau muqueux de forme et de dimensions convenables, puis par suture. L'opération ressemble donc beaucoup à la colpoperinéorraphie postérieure par avivement, avec cette différence que l'excision muqueuse s'arrête inférieurement au-dessus de l'orifice urétral et qu'on n'agit pas sur le périnée : c'est purement une *colporraphie antérieure*.

Ainsi comprise, l'opération est parfois employée seule dans le traitement des cystocèles vaginales, mais surtout elle est très souvent combinée à la colpopérinéorrhaphie postérieure dans le traitement du prolapsus.

1^o Procédé à un seul plan de sutures (Avivement ovalaire de Simon). — Préparation et position de l'opérée, comme pour la colpopérinéorrhaphie.

1^{er} temps : Avivement. — La paroi vaginale postérieure est refoulée par une valve; la paroi antérieure exubérante se trouve bien exposée, à condition d'exercer, au moyen d'une pince, une traction suffisante pour abaisser le col utérin.

Sur cette paroi vaginale antérieure, on va exciser un large lambeau muqueux, de forme losangique ou plutôt ovalaire, car il faut arrondir les angles du losange (fig. 56). On commence par jalonner, avec quatre pinces tire-balles, les quatre angles de ce lambeau : deux pinces sont placées sur la ligne médiane, l'une, immédiatement au-dessous du col utérin, l'autre, immédiatement au-dessus du méat urétral ; les deux autres pinces marquent les extrémités du grand diamètre transverse du lambeau, correspondent donc au milieu de sa hauteur; on les place plus ou moins loin sur les faces latérales du vagin, suivant que l'élargissement de la paroi antérieure est plus ou moins considérable; c'est l'écartement de ces deux pinces latérales qui mesure le rétrécissement que l'on obtiendra : il suffit de rapprocher ces deux pinces jusqu'à les mettre en contact pour connaître le résultat que donnera l'opération.

C'est donc le placement de ces pinces qui est le temps capital

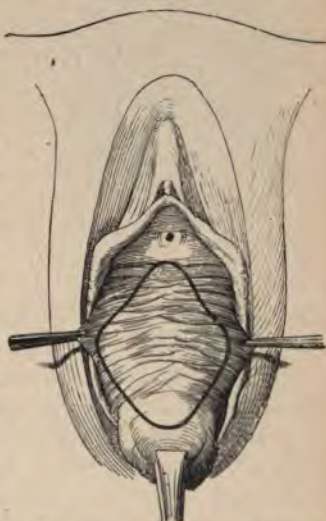


Fig. 56. — Colporraphie antérieure.
Tracé du lambeau.

de la colporrhaphie antérieure. Le chirurgien n'a plus qu'à les confier aux aides qui vont s'en servir pour tendre la paroi vaginale antérieure. Lui-même trace alors le contour du lambeau, en réunissant les quatre angles déjà repérés; le bistouri n'intéresse que la muqueuse.

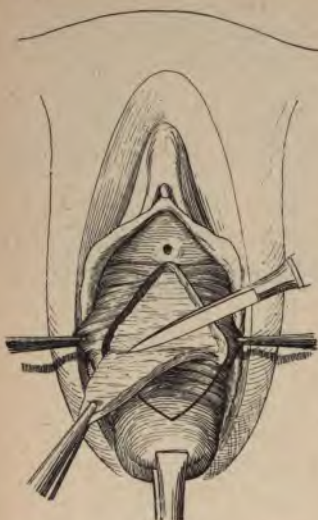


Fig. 57. — Colporrhaphie antérieure.
Dissection du lambeau.

La dissection du lambeau peut être faite aux ciseaux qui ébarbent la muqueuse, ou au bistouri qui la dissèque, d'avant en arrière, autant que possible d'une seule pièce (fig. 57). L'essentiel est d'enlever complètement cette muqueuse dans toute l'étendue de l'avivement; il faut s'en assurer avant de suturer.

Le suintement sanguin qu'entraîne fatalement la dissection du lambeau sera arrêté par le

tamponnement ou l'irrigation continue.

2^e temps : Suture. — Il faut maintenant réunir, dans le sens transversal, les deux bords latéraux de l'avivement. On emploiera les points séparés (fig. 58) ou bien le surjet par étages (fig. 59). Dans les cas ordinaires, le catgut est le matériel de choix, car on n'est pas obligé de l'enlever ultérieurement; lorsque l'avivement est très large et que les fils de suture doivent être fortement tendus, on peut employer le fil d'argent qui donne plus de garanties de solidité; mais nous croyons qu'il faut surtout, dans de tels cas, recourir à plusieurs plans de sutures superposés, suivant la technique qui sera décrite plus loin.

On commence par placer successivement tous les fils : on commence à l'angle cervical et on finit à l'angle urétral de l'avivement; chaque point sera distant de ses voisins d'environ 1 centimètre; il pénètre et ressort à 5 ou 4 centimètres des bords de l'avivement et chemine, pendant tout ce trajet, sous la surface cruentée.

Quand tous les fils sont passés, on les noue successivement de haut en bas.

Tamponnement vaginal. Sonde à demeure les premiers jours.

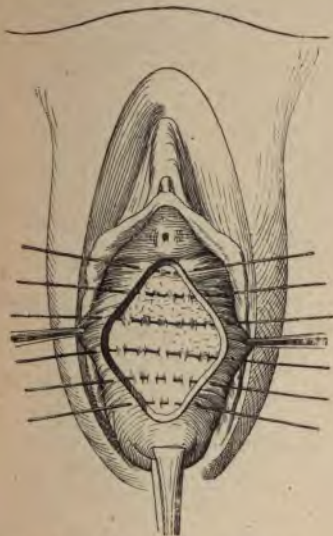


Fig. 58. — Colporraphie antérieure.
Suture à points séparés.



Fig. 59. — Colporraphie antérieure.
Suture en surjet à étages superposés.

On n'a pas à s'occuper de l'ablation des fils si l'on a employé le catgut.

2^e Procédé à sutures superposées (colporraphie antérieure à plicature profonde de Lejars).

Il faut, avons-nous dit, lui donner la préférence quand on est obligé de faire un très large avivement et quand, par suite, la suture sera exposée à une forte tension.

L'avivement ne diffère en rien de celui du procédé classique.

La suture se fait à deux plans :

a) Un plan profond qui doit simplement rétrécir la surface cruentée; les fils pénètrent et ressortent donc en pleine surface d'avivement, à une certaine distance de ses bords latéraux. L'emploi du catgut est indispensable, puisque la suture sera abandonnée dans la plaie. On peut employer les points séparés,

comme pour la suture superficielle. Lejars a recommandé le très bon procédé de suture représenté dans les figures 40 et 41 : c'est un double surjet qu'on fait avec un long fil muni d'une aiguille à chacune de ses extrémités, chaque fil se croise et décrit successivement, dans l'épaisseur de la paroi avivée, des tra-

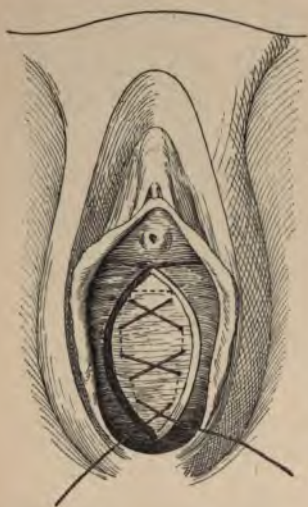


Fig. 40. — Colporraphie antérieure. —
Procédé à plicature profonde (Lejars).
Disposition des fils.

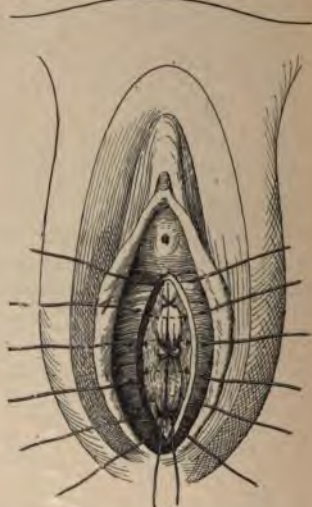


Fig. 41. — Colporraphie antérieure. —
Procédé à plicature profonde (Lejars).
Plan superficiel.

jets verticaux et horizontaux ; il en résulte un entre-croisement en lacet de bottines ou de corset qui rétrécit fortement la paroi vaginale.

b) Par-dessus cette suture profonde, on fait une série de points superficiels accolant les lèvres de l'avivement (comme dans le procédé à un seul plan de sutures).

3° Avivement triangulaire (Dolérès). — La colporrhaphie antérieure devant rétrécir le vagin, il en résulte que le plus grand diamètre du lambeau à réséquer doit se trouver à l'endroit où la paroi est la plus exubérante. Dans les cas où c'est immédiatement au-dessous du col que se trouve cet excès de paroi, il y a avantage à remplacer l'avivement ovalaire par un avivement triangulaire (fig. 42) à base supérieure. C'est le procédé de

Doléris. L'avivement s'exécute comme dans le procédé classique. Quant aux sutures, elles sont disposées de manière à rappro-

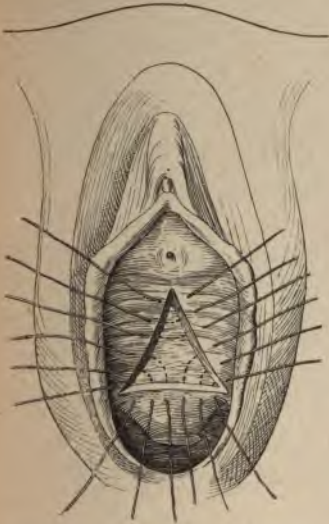


Fig. 42. — Colporraphie antérieure. — Avivement triangulaire. Procédé de Doléris. Disposition des sutures. (Doléris.)

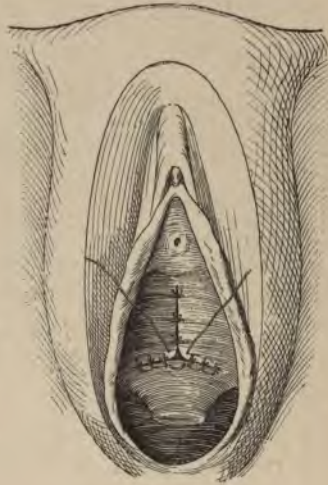


Fig. 43. — Colporraphie antérieure. — Avivement triangulaire. Procédé de Doléris. Opération terminée. (Doléris.)

cher deux à deux les côtés du triangle (fig. 43) et à ce que la cicatrice présente ainsi la forme d'un $\perp$.

CHAPITRE II

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES FISTULES
VÉSICO-GÉNITALES

On peut observer deux variétés de fistules vésico-génitales, se présentant dans des conditions assez différentes au point de vue thérapeutique pour mériter d'être étudiées isolément. Les plus fréquentes sont les fistules *vésico-vaginales*; les *fistules vésico-utérines* sont beaucoup plus rares.

I. TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

En présence d'une fistule vésico-vaginale, l'opération idéale consiste à supprimer l'orifice anormal; on peut y arriver par deux méthodes : l'*avivement* des bords de la fistule ou le *dédoublement* qui consiste à séparer l'une de l'autre, par dissection, les deux parois vaginale et vésicale et à les suturer isolément.

Mais, pour agir ainsi sur la fistule, il faut l'exposer, l'amener à proximité des instruments; d'ordinaire, la *voie vaginale* suffit, mais il faut compter avec les fistules haut situées et impossibles à abaisser et avec les vagins rétrécis et indurés par les cicatrices.

Dans ces cas, l'accès par les voies naturelles est insuffisant et il faut se créer, pour aborder la fistule, des voies artificielles. Celles-ci sont au nombre de deux : la *voie sus-pubienne*, qui conduit, à travers la vessie ou à travers le cul-de-sac vésico-utérin, jusqu'à la fistule, et la *voie ischio-rectale* qui mène sur le dôme vaginal et permet ainsi d'atteindre directement les fistules les plus élevées.

Ces divers procédés ne diffèrent que par la voie d'accès, mais toujours le temps essentiel de l'opération reste le même : c'est

la fermeture directe de l'orifice anormal par avivement ou dédoublement suivi de suture.

A cette méthode directe, méthode de choix, s'oppose la *méthode indirecte* qui consiste à fermer le vagin au-dessous de la fistule (*colpocleisis*) ; c'est un pis-aller : l'opération supprime toute possibilité de fécondation et même, en général, de coït ; la communication définitive de la vessie et du vagin, l'écoulement par la vessie du sang menstruel ne sont pas sans inconvénients, et la cystite, les infections génitales sont fréquentes après l'opération. Malgré ces inconvénients et ces dangers, l'oblitération du vagin reste indiquée dans les cas très mauvais, surtout après échec répété des interventions directes.

En résumé donc, il y a une série de procédés opératoires à appliquer à la série, de gravité graduellement croissante, des fistules : les cas ordinaires, dans lesquels la fistule siège à la partie inférieure ou moyenne du vagin et se laisse facilement abaisser, où le vagin est large, seront traitées par l'opération vaginale ; aux cas déjà plus complexes, dans lesquels la fistule est haute et fixe, le vagin étroit et cicatriciel, la vessie attachée au pubis par des adhérences, s'adressent les voies sus-pubienne et ischio-rectale ; enfin les cas détestables, les échecs d'interventions antérieures relèvent du *colpocleisis*.

Reste à préciser la date à laquelle il faut opérer la fistule vésico-vaginale. Il faut laisser passer les premières semaines après l'accouchement pour que les tissus aient fait leur involution, que leur vascularisation ait diminué et que toute chance d'infection ait disparu : Hegar et Kaltenbach fixent la date de choix entre la 6^e et la 8^e semaine.

Si la malade a déjà subi une tentative opératoire antérieure, restée infructueuse, il faut laisser passer 2 ou 3 mois, avant d'intervenir à nouveau.

A. — Voie vaginale.

Nous avons dit que l'on pouvait employer pour l'oblitération de la fistule, soit l'avivement ou *méthode américaine*, soit le dédoublement ou *méthode française* ou *allemande*.

Mais, quel que soit le procédé choisi, les soins préparatoires et consécutifs à l'opération et, pendant celle-ci, le temps d'abais-

TRAITEM.

On peut o
présentant o
thérapeutiq
fréquentes
utérines son.

I. T

En pré
consiste
deux mêt
blement o
les deux

Mais, p
à proxim.
mais il f.
à abaisse-
trices.

Dans c
il faut s.
Celles-ci

Inutile également, pour s'éclairer, d'avoir recours aux instruments compliqués de Bozeman ou de Neugebauer; il suffit de refouler la paroi postérieure du vagin avec une valve ordinaire, courte et point trop large, pour ne pas distendre les parois vaginales, bien polie pour réfléchir la lumière; mais il peut être très utile d'avoir à sa disposition une source de lumière artificielle, facilement mobile (lampe électrique).

L'abaissement de la fistule se fera au moyen de deux pinces tire-balles, amarées sur la muqueuse vaginale de chaque côté de l'orifice; si la fistule est haute, il faut en même temps abaisser le col utérin avec d'autres pinces ou, pour ne pas s'encombrer d'instruments, avec deux anses de grosse soie ⁽¹⁾.

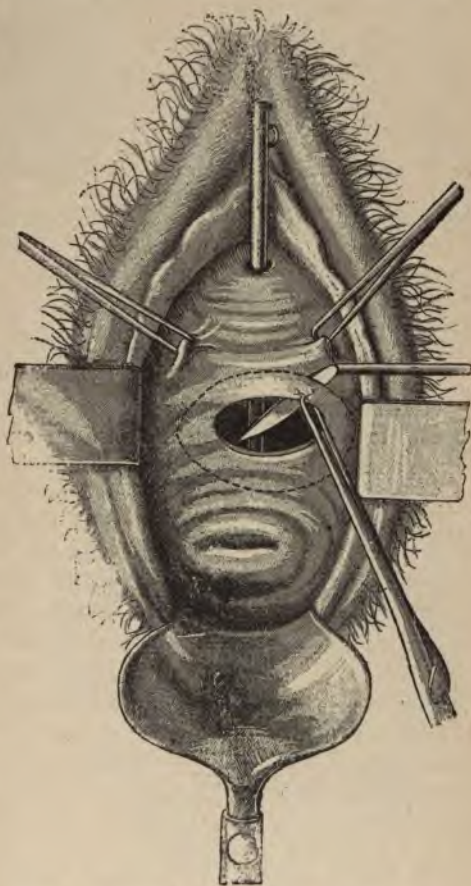


Fig. 44. — Avivement de la fistule vésico-vaginale. (Pozzi.)

Fermeture de la fistule. — 1^o Procédé de l'avive-

(1) Dans ces conditions, la fistule devient facilement accessible aux instruments et il faudrait une étroitesse bien grande de la vulve pour que fût indiqué le *débridement vulvo-vaginal* de Chaput.

ment. — 1^{er} temps : *Avivement.* — L'orifice fistuleux étant bien exposé, on en pratique l'avivement (fig. 44) par excision de la muqueuse vaginale sur ses bords : la section doit être très oblique et respecter la muqueuse vésicale (fig. 45) qui saigne

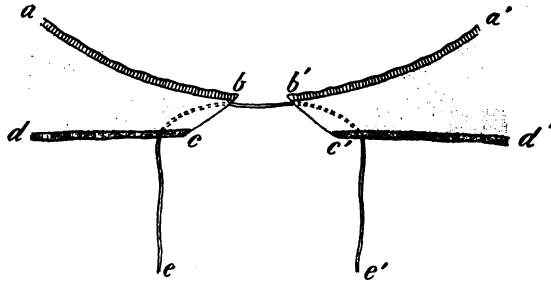


Fig. 45. — Avivement très oblique suivant le procédé américain.
Disposition des fils profonds. (Monod et Vanverts.)

beaucoup (Sims) : on obtient ainsi un entonnoir cruenté très évasé à large ouverture vaginale et à goulot vésical.

Sims, qui fut l'inventeur de la méthode, faisait cet avivement avec des ciseaux courbes pointus ; d'autres préfèrent un bistouri à lame étroite, de forme ordinaire ou coudé sur le plat. En tout cas, il faut avoir soin de bien tendre, devant l'instrument, la muqueuse vaginale qui va être coupée et, pour cela, on la fixe avec un crochet pointu ou une pince à griffes.

On excise successivement deux lambeaux muqueux correspondant l'un à la moitié supérieure, l'autre à la moitié inférieure de l'orifice fistuleux. Il faut s'assurer que l'avivement est partout complet et qu'il ne reste nulle part d'îlot muqueux respecté, pouvant compromettre le parfait accolement des lèvres de la fistule.

2^e temps : *Suture.* — On emploie pour la faire des aiguilles de Hagedorn fines et courbes (Pozzi) et un porte-aiguilles ; si la fistule est bien abaissée, on peut se servir d'une aiguille de Reverdin courbe. Le meilleur matériel de suture est le fil d'argent fin. On emploiera les points séparés.

La ligne de sutures sera orientée transversalement, dans le sens du grand axe de l'avivement qui est d'ordinaire elliptique.

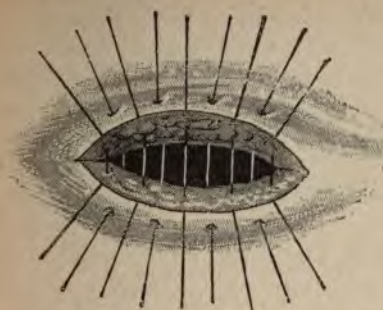


Fig. 46. — Suture de la fistule vésico-vaginale; fils profonds et superficiels en place. (Pozzi.)

On place d'abord un point médian qui accole les lèvres vaginales, puis, à droite et à gauche, la quantité de points nécessaires, chacun d'eux étant à 5 ou 6 millimètres de ses voisins. Chaque fil pénètre dans la muqueuse vaginale à 5 millimètres

des bords de l'avivement, traverse obliquement la surface cruentée, respecte soigneusement la muqueuse vésicale qui ne doit pas être intéressée et ressort à travers l'autre lèvre de la fistule par un trajet semblable. On peut faire tous les points semblables ou bien (fig. 46) faire alterner les fils profonds de soutien, avec des fils superficiels d'affrontement.

Il est parfois délicat, si la fistule est peu abaissée, de serrer les fils d'argent : il peut être nécessaire, ici comme dans la staphylo-raphie, d'avoir recours

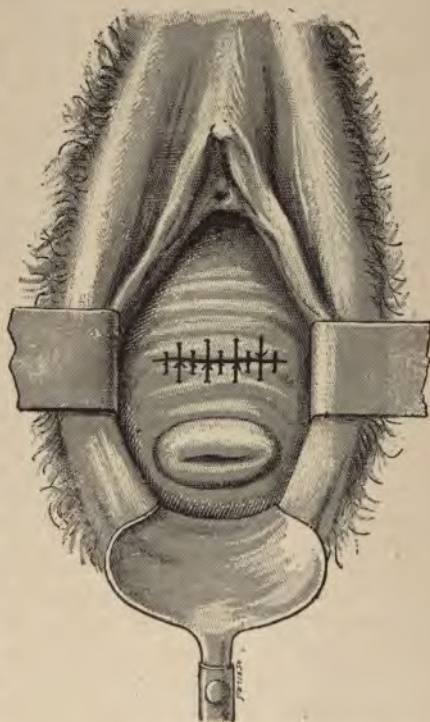


Fig. 47. — Cure de la fistule vésico-vaginale par le procédé d'avivement. — Opération terminée. (Pozzi.)

à un tord-fils ou d'employer le *fulcrum* de Sims; celui-ci est une petite sonde cannelée montée sur une tige un peu forte. On le manœuvre de la manière suivante : les deux chefs du fil d'argent à nouer sont d'abord engagés dans l'encoche que présente la palette du *fulcrum*, puis cette palette est poussée jusqu'au contact de la fistule; on tire alors légèrement sur les fils, ce qui rapproche exactement les lèvres de l'avivement; puis les fils sont saisis avec une pince à mors plats et coudés, coupés au delà de cette pince et enfin tordus un certain nombre de fois (fig. 47).

2° Procédé du dédoublement.

Gerdy, Duboué, puis abandonné en

— Imaginé par Dieffenbach, en faveur de l'avivement, ce procédé a été repris dans ces dernières années en Allemagne et en France. Ricard et Quénu l'ont particulièrement employé et leur technique est exposée dans la thèse de leur élève Ch. Martin (Paris, 1897), auquel nous empruntons une partie de la description qui va suivre.



Fig. 48. Cure de la fistule vésico-vaginale par le procédé du dédoublement. — Tracé de l'incision.

le milieu de la lèvre vaginale ainsi formée, on prolonge latéralement, des deux côtés, l'incision (fig. 48), en pleine muqueuse vaginale et facilement on dissèque cette muqueuse. On la sépare de la vessie, et on creuse ainsi, dédoublant la paroi dans une étendue de 2 à 5 centimètres suivant les cas.

« La même manœuvre est répétée sur la lèvre opposée et, jalonant de pinces les bords vaginaux ainsi libérés, on a sous les

1^{er} temps : Dédoublément.

— On commence par pratiquer une incision, sur tout le pourtour de l'orifice de la fistule, à l'union même de la muqueuse vaginale avec la muqueuse vésicale.

« Puis, prenant solidement avec une pince à griffes

yeux un avivement en forme de cône, dont le sommet tronqué est l'orifice vésical, bordé d'une muqueuse relâchée, plissée, rendue flasque par la traction des lambeaux. Il ne faut pas craindre de faire un large avivement en disséquant le plus possible la paroi vésicale. Ce dédoublement crée deux lambeaux mobiles, faciles à affronter par leur surface cruentée. La paroi vésicale, ainsi libérée, est rendue flottante et indépendante de la paroi vaginale. »

Ce dédoublement sera fait au bistouri de préférence aux ciseaux. L'hémorragie, toujours peu abondante, sera arrêtée par la suture et ne réclame pas de ligature.

2^e temps : *Sutures*. — Le dédoublement fait, on se trouve en présence de deux parois distinctes, vésicale et vaginale, qu'il faut suturer séparément. On peut même, à l'exemple de Legueu, orienter différemment ces deux lignes de suture, faire l'une verticale et l'autre transversale.

a) *Suture vésicale*. — Ricard n'en fait point, pour gagner du



Fig. 49. — Cure de la fistule vésico-vaginale par le procédé du dédoublement. — Suture vésicale en bourse. (D'après Doyen.)



Fig. 50. — Cure de la fistule vésico-vaginale par le procédé du dédoublement. — Suture vésicale terminée. (D'après Doyen.)

temps; mais tous les autres opérateurs préfèrent fermer isolé-

ment la vessie, soit par une suture (fig. 49) en bourse (Doyen, Berger), soit par des points séparés; en tout cas, on emploiera, pour cette suture perdue, le catgut et on aura soin de faire les points non perforants, car il faut éviter la pénétration des fils dans la cavité vésicale (fig. 50).

b) Suture vaginale. — Par-dessus cette première réunion, on place de nouveaux fils (crins de Florence ou fils d'argent



Fig. 51. — Cure de la fistule vésico-vaginale par le procédé du dédoublement. — Opération achevée. (D'après Doyen.)

fins), pour affronter les lambeaux de la muqueuse vaginale. Il faut avoir soin de « traverser ces lambeaux à leur base, c'est-à-dire à l'angle formé par la limite du dédoublement : après la torsion des fils, on constate un bourrelet vaginal (fig. 51) semblable à deux lèvres accolées et faisant une large saillie dans le vagin ».

Lorsque la fistule est très large, la suture ne peut se faire qu'en attirant fortement l'une vers l'autre les lèvres de l'orifice; pour éviter une traction trop considérable sur les lambeaux et leur section consécutive par les fils, il faut,

dans des cas de ce genre, avoir recours à des *incisions libératrices*. La meilleure est l'incision du cul-de-sac antérieur du vagin qui permet de décoller la vessie du vagin et de mobiliser complètement la lèvre supérieure de la fistule (Brang, Kelly).

Soins consécutifs. — La suture terminée, il faut d'abord en vérifier l'étanchéité. Pour cela, on fait, la malade étant encore en position opératoire, une injection intravésicale d'eau boriquée sous très faible pression; si l'on voit le liquide sourdre en un point de la ligne de suture, il faut mettre à ce niveau un fil supplémentaire.

Le vagin est tamponné par une mèche non serrée. Sonde à demeure pendant les 2 ou 3 premiers jours; puis cathétérisme

régulier, toutes les 5 heures; la malade n'urinera seule que le 12^e jour. Il faut, en outre, faire des lavages de la vessie plusieurs fois par jour, jusqu'à ce que l'urine soit devenue parfaitement claire.

Opium pendant 4 ou 5 jours.

Ablation des fils, le 10^e jour. L'opérée commencera à se lever au bout de 15 jours.

B. — Voie sus-pubienne.

On peut, par cette voie, atteindre la fistule de trois manières différentes : la plus simple, employée par Trendelenburg et par nombre de chirurgiens après lui, consiste à ouvrir la vessie et à arriver ainsi directement sur l'orifice vésical de la fistule; *c'est la voie transvésicale*. On peut aussi, comme Dittel, ouvrir le péritoine, aller chercher le cul-de-sac vésico-utérin, au fond duquel on incise transversalement la séreuse, puis décoller la vessie du col utérin et du vagin, jusqu'à la fistule : *c'est la voie transpéritonéale*. On peut enfin, comme Bardenheuer, n'ouvrir ni la vessie, ni le péritoine, mais décoller celui-ci de la face postérieure de la vessie jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin, puis dédoubler la cloison vésico-vaginale jusqu'à la fistule.

Ce dernier procédé n'a été employé que par son auteur. Nous le croyons bien indirect et nous préférons le procédé transvésical de Trendelenburg ou le procédé transpéritonéal suivant la technique qu'en a donnée Forgue qui a eu plus spécialement en vue les fistules juxta-cervicales. (V. plus loin).

I. VOIE TRANSVÉSICALE

Technique opératoire. — Position de Trendelenburg. Il est, bien entendu, impossible de distendre la vessie par une injection; on aura avantage, pour se repérer, à y introduire une sonde.

Quelques opérateurs ont mis un ballon de Pétersen, soit dans le rectum (Duplay), soit dans le vagin (Teynac); cette pratique nous paraît inutile.

1^{er} temps : Incision de la paroi abdominale et ouverture de

la vessie ⁽¹⁾. — L'incision transversale (Trendelenburg, Baumm), la symphyséotomie sont habituellement inutiles. On fera l'incision médiane et verticale, quitte à débrider de chaque côté les muscles droits, si cela paraissait nécessaire.

Dès que l'aponévrose a été coupée au niveau de la ligne blanche, on arrive sur la graisse prévésicale. Il faut faire une grande attention pour éviter la blessure du cul-de-sac péritonéal prévésical, d'autant que la vessie n'est pas distendue; on reconnaîtra donc le bourrelet transversal formé par ce cul-de-sac et la graisse qui le double et on le refoulera avec le doigt.

La face antérieure de la vessie étant ainsi découverte, on l'incise verticalement, on en repère les lèvres par deux anses de fil et on met en place un large écarteur bivalve qui expose bien la paroi postérieure de l'organe.

2^e temps : *Avivement de la fistule*. — La difficulté est de bien exposer l'orifice vésical de la fistule; on y arrive en faisant soulever le bas-fond par le doigt qu'un aide introduit dans le vagin et en s'éclairant au besoin avec une lampe électrique.

A l'avivement simple des bords de l'orifice, nous préférons le dédoublement, préconisé par Duplay; au moyen d'une longue pince à dents de souris et d'un étroit bistouri coudé sur le plat, on séparera la paroi vésicale de la paroi vaginale, tout autour de la fistule, dans une étendue de 4 ou 5 millimètres.

5^e temps : *Sutures*. — Comme dans l'opération par le vagin, il faut faire deux plans de sutures au catgut, à points séparés : le premier sur la paroi vaginale, le second sur la paroi vésicale. L'exécution de ces sutures est toujours délicate, en raison de la profondeur à laquelle on opère; les petites aiguilles courbes d'Hagedorn, montées sur un bon porte-aiguilles, l'aiguille à pédale de Reverdin seront habituellement employées; dans les cas difficiles, on pourra, suivant le conseil de Ch. Martin, utiliser avec avantages l'aiguille en hameçon que Trélat a fait construire pour la staphylorrhaphie.

4^e temps : *Fermeture de la vessie*. — Deux conduites sont de mise suivant les cas et suivant les goûts de l'opérateur.

On peut réunir complètement la plaie vésicale et, par-dessus,

(1) Voir, pour plus de détails, la technique de la taille hypogastrique dans la *Chirurgie de l'appareil urinaire*, par Pierre Duval.

suturer l'aponévrose et la peau, se contentant d'une sonde à demeure pour assurer le drainage.

Il vaut mieux ne réunir que partiellement les incisions vésicale et pariétale et établir un drainage sus-pubien de la vessie au moyen des tubes de Guyon-Périer.

II. VOIE TRANSPÉRITONÉALE

Technique opératoire. (Procédé de Forgue).

La malade est mise en position déclive très accentuée. On

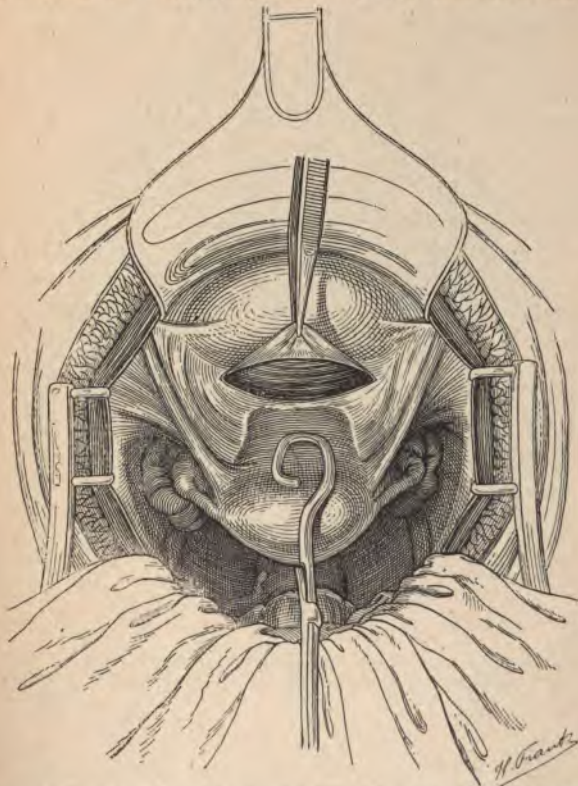


Fig. 52. — Cure transpéritonéale des fistules vésico-utéro-vaginales. Ouverture du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. (D'après Forgue.)

pratique la laparotomie médiane sous-ombilicale suivant la

pratique habituelle (V. plus loin). Après pose de la valve sus-pubienne, l'abdomen étant soigneusement garni de compresses, le fond de l'utérus est saisi au moyen d'une pince non offensante, telle que la pince de Cullen ou mieux l'hystérolabe de Dartigues, et fortement attiré en haut; le cul-de-sac vésico-utérin est largement incisé, en travers, en empiétant sur la face antérieure des ligaments larges (fig. 52).

Sous l'action de la pince attirant l'utérus vers le haut, et à

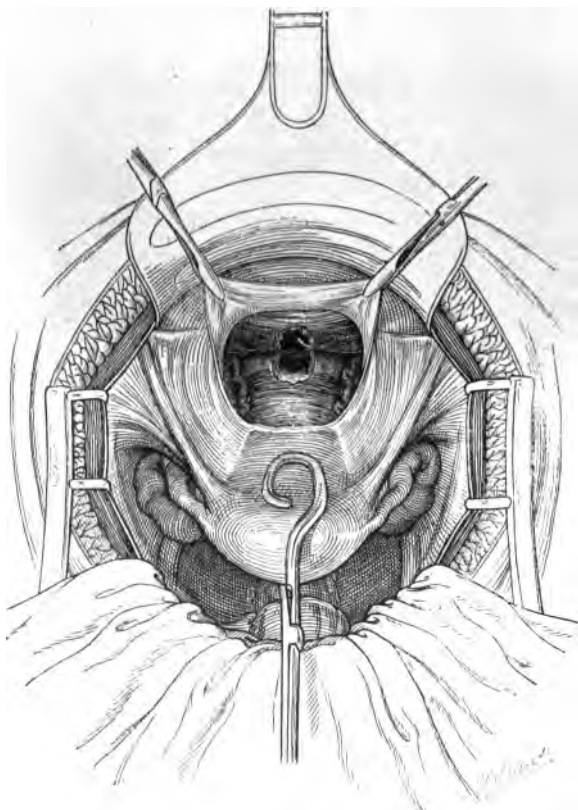


Fig. 55. -- Cure transpéritonéale des fistules vésico-utéro-vaginales.
Mise à nu de la fistule par dédoublement du cul-de-sac vésico-utérin.
(D'après Forgue.)

la faveur de cette ascension, on peut avec netteté libérer à

coups de ciseaux les brides fibreuses unissant dans ces cas le bas-fond vésical à la paroi antérieure de l'isthme et du col utérin. Cette dissection doit être conduite très prudemment.

Peu à peu pendant que deux pinces fixent et tendent en avant la paroi antérieure du cul-de-sac ainsi dédoublé, et que l'uté-

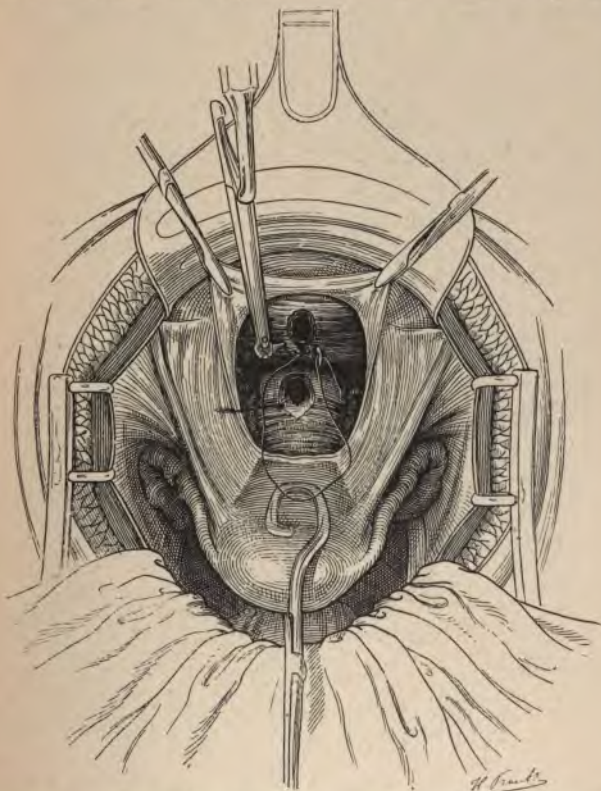


Fig. 54. — Cure transpéritonéale des fistules vésico-utéro-vaginales. Fermeture isolée des deux orifices au moyen d'un surjet total. (D'après Forgue.)

rus est tiré en arrière, la région cervicale se libère entièrement mettant à nu la fistule dans le cas de fistule utéro-vésicale, ou rendant le cul-de-sac vaginal accessible si la fistule est plus bas située. Dans un cas comme dans l'autre, après avoir strictement limité le champ opératoire pour éviter l'effusion d'urine.

la fistule est largement exposée (fig. 55). Le dédoublement vésico-utérin et vésico-vaginal est poursuivi par dissection progressive au delà de la fistule, jusqu'à ce que les deux orifices, *vésical* et *génital*, en soient parfaitement isolés et mobilisables. Chacun d'eux est alors avivé et oblitéré (fig. 54). Cette ferme-

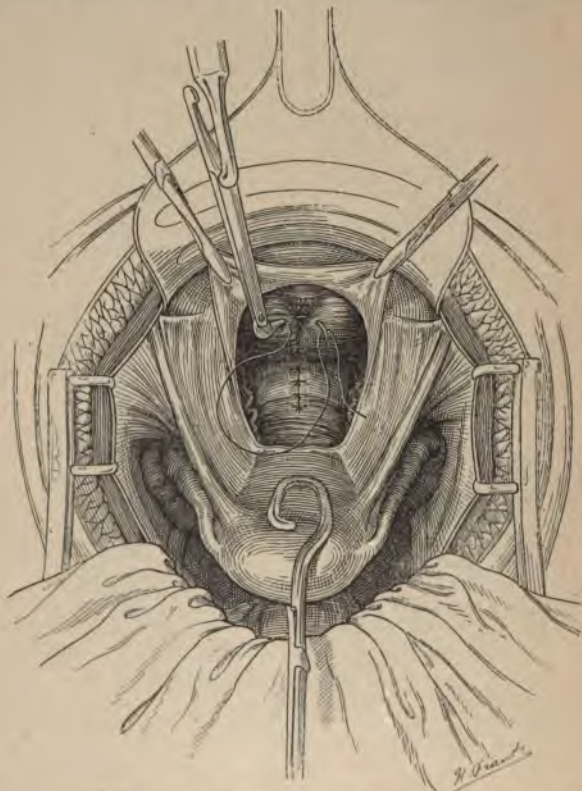


Fig. 55. — Cure transpéritonéale des fistules vésico-utéro-vaginales. Surjet d'enfouissement. (D'après Forgue.)

ture se fait au moyen d'une suture à deux étages au catgut : un premier surjet total, et un deuxième surjet d'enfouissement (fig. 55). Par-dessus tout le péritoine est ramené et le cul-de-sac vésico-utérin est fermé au moyen d'un surjet au catgut. Suture de la paroi abdominale. Petit drain de sûreté

au besoin. Forgue préconise la position latérale et même si possible ventrale pendant que se consolide l'oblitération.

C. — Voie ischio-rectale.

Ce procédé peut rendre de grands services dans les fistules haut situées. Il a été imaginé par Michaux, qui l'a employé avec succès dans un cas et en a décrit la technique au 6^e Congrès français de Chirurgie (1892). Voici comment il opère :

Position de la malade. — « La malade est couchée sur le côté, le siège débordant légèrement le bord de la table d'opéra-

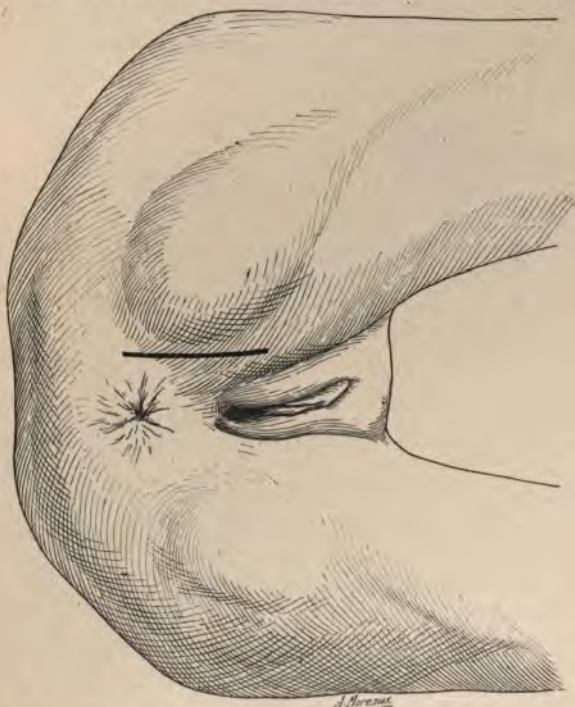


Fig. 56. — Opération de la fistule vésico-vaginale par voie ischio-rectale. Procédé de Michaux. Tracé de l'incision.

tion, les deux cuisses fléchies au delà de l'angle droit sur le corps, la cuisse supérieure un peu plus fléchie que l'inférieure ;

un aide les maintient dans cette position, le tronc et la tête sont inclinés en avant; le chloroformisateur, placé du même côté que les cuisses, surveille facilement l'anesthésie. »

Si la fistule siège plutôt à droite, on opérera par la fosse ischio-rectale gauche, et inversement.

1^{er} temps : Incision périnéale. — On trace une incision de 10 centimètres, parallèle au sillon interfessier (fig. 56) et située à un bon travers de pouce (25 millimètres environ), au-dessus de ce sillon, commençant, en arrière, à peu près au niveau de l'anus et finissant, en avant, à peu près au point de croisement de la grande lèvre et de l'arcade ischio-pubienne.

On tombe aussitôt dans la graisse ischio-rectale et, quittant le bistouri pour ne plus se servir que du doigt ou d'un instru-



Fig. 57. — Opération de la fistule vésico-vaginale par voie ischio-rectale. Procédé de Michaux. Recherche du vagin.

ment mousse, on décolle cette graisse, on la refoule (fig. 57) en haut (vers la tubérosité ischiatique), et on la maintient par un large écarteur; ménager en arrière les vaisseaux et nerfs hémorroïdaux inférieurs qui vont au sphincter de l'anus.

On aperçoit bientôt, dans le fond de la plaie et en avant, la partie supérieure de la face latérale du vagin recouverte par le muscle releveur de l'anus qui croise perpendiculairement le canal génital; on effondre ces fibres.

2^e temps : Incision du vagin. — Sur un doigt introduit dans le vagin, on ponctionne au bistouri la paroi latérale de cet organe, à 3 ou 4 centimètres du col (fig. 58), puis on agrandit l'incision aux ciseaux. « Il importe beaucoup que cette incision

soit faite exactement sur la ligne médiane de la face latérale,

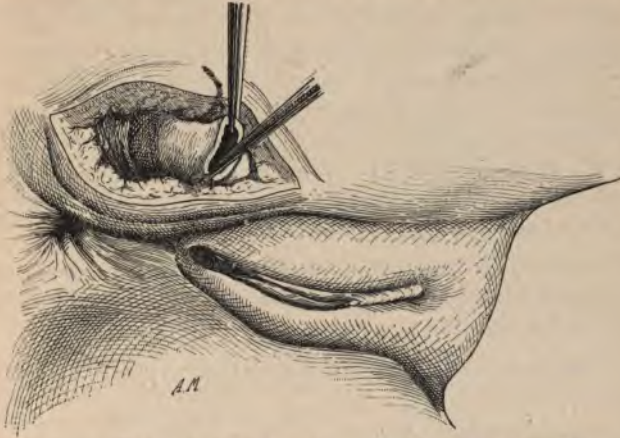


Fig. 58. — Opération de la fistule vésico-vaginale par voie ischio-rectale.
Procédé de Michaux. Ouverture du vagin.

afin d'avoir deux volets égaux, que l'on saisit à l'aide de longues

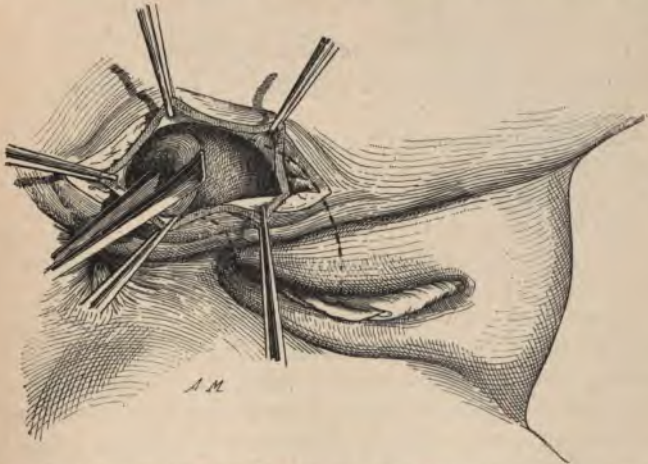


Fig. 59. — Opération de la fistule vésico-vaginale par voie ischio-rectale. — Procédé de Michaux. Le champ opératoire est étalé et le col de l'utérus attiré hors du vagin.

pincettes à forcipressure, qui servent à maintenir largement béante

la fenêtre vaginale » ; en même temps, une pince tire-balles fixe le col et l'attire (fig. 59), pour ainsi dire, hors du vagin.

Dans la plupart des cas, une incision vaginale de 6 à 8 centimètres suffit amplement (elle a suffi chez l'opérée de Michaux), et elle donne « un jour et une vue véritablement surprenante sur le col de l'utérus, la région juxta-cervicale et toute la partie supérieure de la paroi vésico-vaginale, particulièrement du côté opposé à la voie ischio-rectale suivie ». S'il était nécessaire, on pourrait, d'ailleurs, prolonger sans inconvénient cette incision vaginale jusqu'à la vulve.

5^e temps : *Fermeture de la fistule*. — Par les procédés ordinaires (avivement ou dédoublement), comme dans l'opération par la voie vaginale.

4^e temps : *Suture de l'incision vaginale*, par un surjet de catgut.

5^e temps : *Suture de la fosse ischio-rectale et du périnée*, par des points superficiels et profonds au crin de Florence. Drainage de la fosse ischio-rectale par une petite mèche de gaze, laissée en place pendant 48 heures.

D. — Fermeture indirecte de la fistule vésico-vaginale : Colpocleisis.

C'est à l'oblitération du vagin au-dessous de la fistule qu'on peut recourir en dernier ressort, après échec répété des procédés de traitement direct de la fistule.

Cette opération est préférable à l'*épisiorrhaphie* de Vidal (de Cassis), c'est-à-dire à la fermeture de la vulve par avivement et suture des grandes lèvres.

Elle est surtout préférable à l'*oblitération rectale de la vulve* (Baker Brown, Rose), qui consiste à suturer hermétiquement l'orifice vulvaire dans toute son étendue, après avoir établi une fistule recto-vaginale artificielle, pour assurer l'écoulement dans l'intestin de l'urine et du sang menstruel. Cette opération ne serait indiquée que dans les cas de destruction du col de la vessie compliquant la fistule vésico-vaginale, lorsque le colpocleisis n'empêche pas l'incontinence d'urine ; mais les résultats fonctionnels sont si mauvais, le danger d'infection urinaire et

génitale est si grand, que mieux vaut, dans de tels cas, s'abstenir de toute intervention.

1^{er} temps : Incisions vaginales et avivement. — On trace, sur toute la circonférence du vagin, deux incisions circulaires limitant l'excision de la muqueuse qui va servir d'avivement. L'incision supérieure sera faite le plus haut possible, au-dessous de la fistule, mais *en tissu sain*, ce qui oblige souvent à la rapprocher beaucoup de la vulve; l'incision inférieure sera parallèle à la première, à 2 ou 3 centimètres au-dessous.

Ces incisions, qui n'intéressent que la muqueuse, seront, non pas horizontales, mais obliques en bas et en avant : on peut, en effet, remonter beaucoup plus sur la paroi postérieure, saine, du vagin que sur sa paroi antérieure; on crée ainsi, à la partie inférieure conservée du canal génital, une sorte de cul-de-sac postérieur, quelquefois suffisant pour permettre le coït.

On dissèque ensuite le lambeau muqueux circulaire limité par ces deux incisions, en ayant bien soin de ne crever ni la vessie, ni le rectum. Hémostase de la surface cruentée.

2^e temps : Suture. — Il faut passer successivement le fil dans chacune des parois, antérieure et postérieure, du vagin. L'aiguille pénètre au niveau d'une des faces du vagin, à la partie inférieure de l'avivement, chemine sous toute la surface cruentée et ressort à la partie supérieure; elle ramène l'un des chefs du fil. Puis, sur la face opposée, elle décrit un trajet identique et ramène l'autre chef (fig. 60).

On place ainsi le nombre de fils nécessaires pour bien accoler les deux faces du conduit génital et on les noue. Quelques points superficiels complètent l'occlusion.



Fig. 60. — Colpoceleisis. — Coupe schématique. Disposition des sutures. (Pozzi.)

II. TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-UTÉRINES

Il faut, avec Pozzi, distinguer deux espèces de fistules vésico-utérines qui se présentent dans des conditions bien différentes

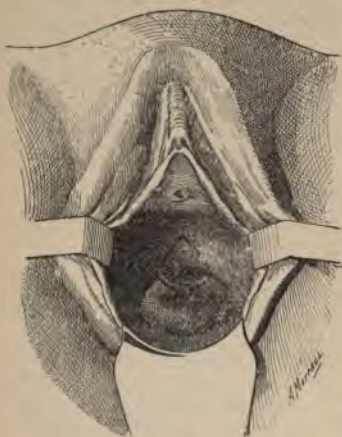


Fig. 61. — Fistule juxta-cervicale superficielle. — Tracé de l'avivement.

au point de vue thérapeutique : les unes, *fistules juxta-cervicales* (fistules vésico-utéro-vaginales de Jobert), ne sont que des fistules vaginales très haut situées, tangentées au museau de tanche, qui, plus ou moins entamé et détruit, forme la lèvre supérieure (fig. 61) de l'orifice fistuleux ; les autres, *fistules intra-cervicales* (fistules vésico-utérines vraies), n'ont rien à voir avec le vagin et réalisent une communication directe entre la vessie et la cavité du col utérin.

Le traitement de chacune de ces variétés doit être étudié à part ; nous retrouvons, pour chacune d'elles, les deux méthodes générales que nous avons décrites à propos des fistules vésico-vaginales : la *méthode directe*, avivement et suture de l'orifice fistuleux suffisante pour les fistules superficielles, la *méthode indirecte*, fermeture du canal génital au-dessous de la fistule, souvent nécessaire pour les fistules profondes.

A. — Traitement des fistules juxta-cervicales.

1^o **Méthode directe.** — C'est l'avivement de l'orifice, suivi d'une suture hermétique (fig. 62) parfois très difficile à exécuter. Aussi est-il souvent préférable de dédoubler la cloison vésico-cervicale, ce qui permet de mobiliser les lèvres de la fistule. On suture ensuite isolément (fig. 62) la perforation



Fig. 62. — Fistule juxta-cervicale superficielle. — Procédé de l'avivement. Disposition des sutures.

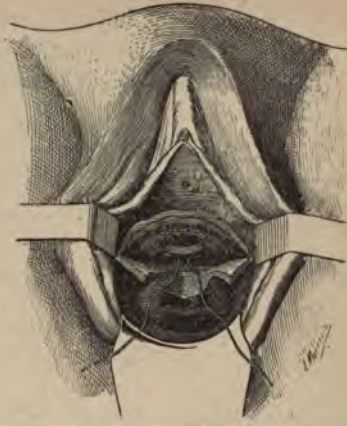


Fig. 63. — Procédé mixte : avivement et dédoublement. Fermeture en bourse de l'orifice vésical. (D'après Doyen.)

vésicale et la brèche utérine. Si la fistule et le col utérin se laissent abaisser, on peut opérer par les voies naturelles; dans le cas contraire, il est possible d'avoir accès sur la fistule par la voie sus-pubienne ou ischio-rectale.

La grande cause d'échec dans cette opération, est l'avivement de la lèvre antérieure du col, amincie et sclérosée, et le passage des fils dans cette lèvre. Aussi convient-il dans ces cas d'employer le procédé transpéritonéal de Forgue (Voir plus haut page 45) qui trouve ici parfaitement son indication plutôt que de recourir à la méthode indirecte : l'hystérocleisis vésical.



Fig. 64. — Traitement de la fistule juxta-cervicale profonde par l'hystéro-cleisis vésical. (Pozzi.)

2^e Méthode indirecte : Hystérocleisis vésical. — C'est

l'incarcération du col utérin dans la vessie, opération imaginée

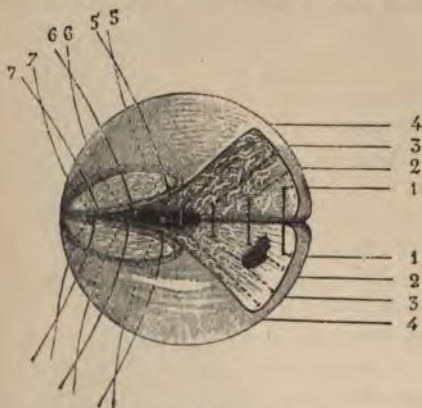
par Courty. Elle consiste à aviver, d'une part la lèvre inférieure de la fistule, d'autre part la lèvre postérieure du col utérin ou la partie voisine du cul-de-sac vaginal postérieur, puis à suturer (fig. 64) ensemble ces deux surfaces avivées.

On emprisonne ainsi l'extrémité inférieure de l'utérus dans la vessie, en se servant du museau de tanche comme d'un obturateur destiné à combler la perte de substance. Le sang des règles s'écoule par la vessie; le vagin conserve à peu près sa profondeur normale.

B. — Traitement des fistules intra-cervicales.

1^o **Méthode directe : oblitération de la fistule.** — On peut l'obtenir par l'un des trois procédés que voici :

a) *Opération par les voies naturelles.* — Le vagin étant dilaté,



on abaisse le col avec des pinces tire-balles; puis on fait, sur chaque côté de son orifice externe, une incision transversale allant jusqu'à l'insertion du vagin; ceci permet de diviser le col en deux valves mobiles, antérieure et postérieure, et d'ouvrir largement la cavité cervicale. La valve antérieure renferme la fistule qui est bien exposée et facilement accessible aux instruments. On ferme alors l'orifice anormal par avivement et sutures.

Fig. 65. — Opération de la fistule urinaire intra-cervicale latérale. — Procédé de Sanger : 1,1; 2,2; 5,5; 4,4, anses de fil qui servent à oblitérer la fistule en rapprochant les deux valves utérines; 5,5; 6,6; 7,7, sutures réunissant la muqueuse intra-cervicale à la muqueuse du museau de tanche de façon à éviter tout rétrécissement.

Puis on réunit l'une à l'autre les deux valves cervicales : d'un côté (celui où siège la fistule, si celle-ci n'est pas exactement médiane), on accole toute l'épaisseur de ces valves par

de fortes anses de fil; de l'autre, pour éviter un rétrécissement de l'orifice externe, il est bon, suivant la pratique de Sânger (fig. 65), de réunir par des points superficiels la muqueuse du canal cervical à la muqueuse vaginale qui tapisse le museau de tanche.

b) Opération par la voie sus-pubienne. — Le procédé de Forge, que nous avons décrit plus haut, nous paraît ici capable de donner de très beaux succès. Après laparotomie et ouverture du péritoine, on inciserait en travers le fond du cul-de-sac vésico-utérin, puis on séparerait facilement la vessie du col utérin jusqu'à la fistule : suture isolée des deux parois vésicale et cervicale.

c) Procédé de Follet⁽¹⁾. — Follet (de Lille) est arrivé au même résultat (clivage des parois vésicales et utérine) sans ouvrir le péritoine, en employant la technique suivante qui lui a donné un succès dans une fistule vésico-utérine haut située.

L'urètre ayant été préalablement dilaté, on commence par introduire l'index gauche dans la vessie. Puis on abaisse à la vulve le col utérin et, en avant de lui, on incise le cul-de-sac antérieur du vagin; par cette incision, on décolle les parois vésicale et utérine l'une de l'autre, jusqu'à la fistule : pendant cette manœuvre, le doigt intravésical « apprécie très exactement les progrès et les détails de ce décollement; bientôt ce doigt, pratiquant l'éversion de la paroi postérieure de la vessie dont il se coiffe pour ainsi dire, fait apparaître, à la vulve, cette paroi trouée de la boutonnière fistuleuse ».

Rien n'est alors plus facile que de suturer cette boutonnière vésicale par des catguts non perforants. — Suture de la plaie vaginale.

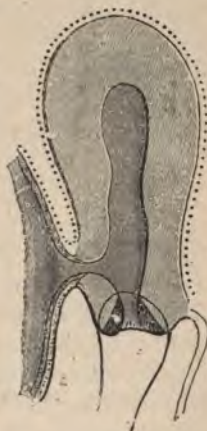


Fig. 66. — Fistule intra-cervicale. Hystéro-stomato-cleisis. (Pozzi.)

2^e Méthode indirecte : Hystéro-stomato-cleisis. — C'est

(1) Champnoy, von Herff ont employé une technique assez analogue.

la fermeture de l'orifice externe du col. Il est facile de comprendre que, bien que créant aussi une stérilité définitive, cette opération a moins d'inconvénient que le colpocleisis ; il faut toutefois que l'orifice fistuleux soit assez large pour que le sang menstruel passe sans difficulté dans la vessie.

L'exécution est des plus simples : deux pinces tire-balles attirent le col à la vulve ; le bistouri avive la surface interne du col en enlevant des « copeaux » de tissu utérin comprenant la muqueuse et la couche musculaire la plus profonde ; on rapproche les surfaces cruentées (fig. 66) par trois points de suture antéro-postérieurs (un médian et deux latéraux) prenant toute l'épaisseur des lèvres du col

CHAPITRE III

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES FISTULES RECTO-VAGINALES

L'abord de la fistule par la *voie rectale* et par la *voie sacrée* sont aujourd'hui définitivement abandonnés : ces méthodes n'ont que des inconvénients.

Le chirurgien a donc, à l'heure actuelle, le choix entre deux grandes classes de procédés : d'une part, l'intervention par les voies naturelles, c'est-à-dire par le vagin, et d'autre part l'intervention par le périnée.

Dans l'opération par la *voie vaginale*, la fistule, ayant été exposée et abaissée le plus possible, on la ferme par des procédés très analogues à ceux qui ont été décrits précédemment dans la cure des fistules vésico-vaginales.

Dans l'opération par la *voie périnéale*, on atteint l'orifice fistuleux par section ou dédoublement du périnée et on ferme la communication anormale entre le vagin et l'intestin, soit par des sutures superposées comme dans le traitement d'une suture

complète du périnée, soit en abaissant le rectum de façon à pouvoir en réséquer la portion malade (procédé de Segond).

D'une façon générale, on préfère la voie périnéale : elle comprend, comme nous le verrons, plusieurs procédés d'indications et d'exécution différentes, applicables par conséquent à toutes les variétés de fistules recto-vaginales, faciles ou difficiles. La voie vaginale, au contraire, n'est de mise que pour les fistules qui ne sont pas trop haut situées, s'abaissent facilement, et lorsque la vulve est large et le vagin dilatable; dans ces conditions, elle peut donner d'excellents résultats.

A. — Voie vaginale.

Les premières manœuvres opératoires (exposition de la fistule) se font toujours de la même façon ; mais, une fois en présence de l'orifice anormal, on peut en exécuter l'occlusion de trois manières différentes : *par l'avivement*, — *par le dédoublement* (ces deux méthodes sont ici les mêmes que dans les fistules vésico-vaginales), — *par l'autoplastie par glissement*, suivant la pratique de Fritsch et du professeur Le Dentu.

Préparation de la malade. — Purgation et lavement l'avant-veille de l'opération, puis opium.

Grands lavages du rectum la veille et immédiatement avant l'intervention. Désinfection soigneuse du vagin.

Il n'est pas question ici d'un traitement préparatoire (dilatation et assouplissement du vagin) analogue à celui dont nous avons parlé dans la cure de la fistule vésico-vaginale, car, toutes les fois que le vagin est rétréci par des brides cicatricielles, il faut recourir à la voie périnéale.

Exposition de la fistule. — La malade est opérée dans la position dorso-sacrée avec le siège suffisamment relevé.

Une valve courte soulève la paroi antérieure du vagin. Deux pinces tire-balles sont fixées à la muqueuse de chaque côté de l'orifice fistuleux et servent à l'abaisser le plus possible.

1° **Procédé de l'avivement.** — 1^{er} temps : *Avivement.* —

Il se fait au bistouri ou aux ciseaux, de la manière décrite au chapitre précédent. Il faut le faire profond et large et obtenir une sorte d'entonnoir cruenté, dont le goulot soit à l'orifice rectal de la fistule. Ne pas se préoccuper de l'hémorragie qui sera arrêtée par la striction des fils de suture.

2^e temps : Suture. — Un seul plan de fils d'argent, ne pénétrant pas dans la lumière de l'intestin; les fils doivent entrer et sortir à 5 ou 4 millimètres en dehors de l'avivement et cheminer profondément, sous toute l'étendue des surfaces cruentées, de manière à les accoler largement; il faut les placer tous avant de les nouer.

2^o Procédé de dédoublement. — *1^{er} temps : Dédoublement.*

— La fistule étant bien fixée et étalée par deux pinces, on fait à son niveau une incision circonscrite, à l'union des parois rectale et vaginale; puis on incise la muqueuse vaginale, sur une longueur de 10 à 12 millimètres, à chaque extrémité du grand diamètre de la fistule (fig. 67). Grâce à ces incisions, on peut séparer la paroi vaginale du rectum dans une certaine étendue : 1 à 2 centimètres au moins.

Les deux petits lambeaux vaginaux, ainsi disséqués, découvrent la paroi rectale, avec en son centre l'orifice fistuleux.

2^e temps : Suture de la perforation rectale. — On la fait avec des catguts non perforants.

Fig. 67. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par dédoublement. Contour des lambeaux.

Si l'orifice est de petites dimensions, il suffit de faufler tout autour, dans l'épaisseur de la paroi rectale et sans traverser la muqueuse, un fil en bourse. Si la fistule est plus large, on la fermera avec un plus ou moins grand nombre de points séparés (fig. 68) à la manière de



Lauenstein (voir Traitement des ruptures complètes du périnée).

5^e temps : *Suture du vagin.* — Le fil d'argent est ici préférable. Comme nous l'avons dit à propos du dédoublement des fistules vésico-vaginales, il faut avoir soin de faire passer les fils à la base même des lambeaux muqueux de façon à affronter exactement ceux-ci (fig. 69 et 70) et à éviter tout espace mort.

4^e temps : *Suture rectale complémentaire.* — Cette suture n'est pas indispensable. Sânger l'a proposée et faite dans le but d'empêcher les matières fécales de s'insinuer entre les surfaces affrontées.

Pour l'exécuter, on commence par dilater l'anus (avec les pouces ou le spéculum); puis l'index gauche, introduit dans

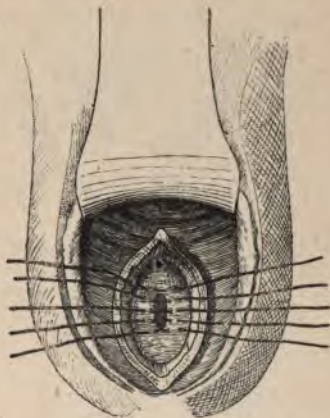


Fig. 68. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par dédoublement. Passage des fils profonds.

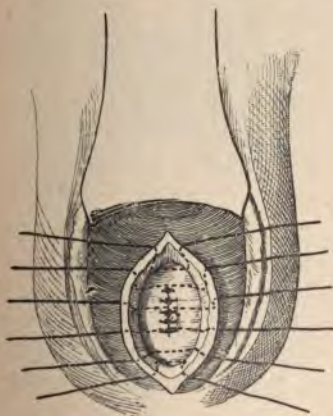


Fig. 69. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par dédoublement. Disposition des fils à la base des lambeaux vaginaux.

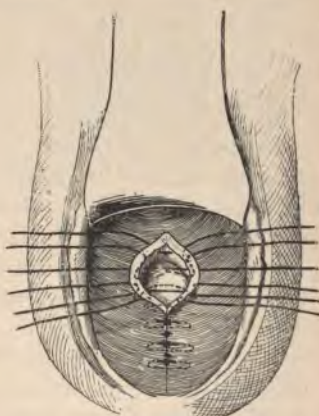


Fig. 70. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par dédoublement. Mode d'affrontement des lambeaux vaginaux.

le vagin, refoule et éverse la paroi rectale antérieure, de façon à faire apparaître à l'anus l'orifice fistuleux (fig. 71). Cet orifice est déjà suturé profondément, mais la perforation muqueuse reste béante : rien n'est plus facile que de la fermer par trois ou quatre points.

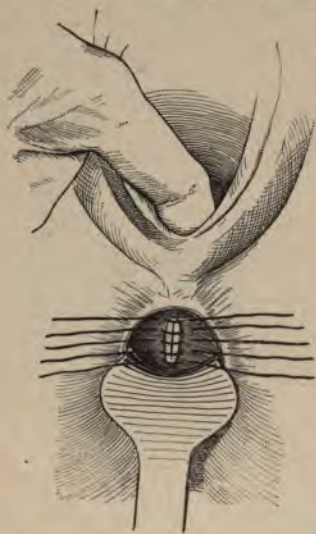


Fig. 71. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par dédoublement. Suture rectale complémentaire. L'anus est dilaté. Un doigt éverse la ligne de réunion rectale pour qu'on puisse placer une suture d'enfouissement.

sûr dans ses résultats que celui de Fritsch.

1^{er} temps : Tracé des incisions vaginales. — Pour abaisser la fistule, pour bien tendre la paroi postérieure du vagin, le mieux est d'introduire dans le rectum l'index gauche revêtu d'un doigtier; cette manœuvre est préférable à l'emploi du doigt d'un aide ou d'un petit ballon de Petersen, pour tendre la paroi recto-vaginale, car « le chirurgien se rend mieux compte, avec son propre doigt, de l'épaisseur de la cloison et de la marche de ses dissections ».

5^o Procédé de l'autoplastie par glissement. — Nous décrirons ici le procédé du professeur Le Dentu, un peu plus compliqué, mais beaucoup plus

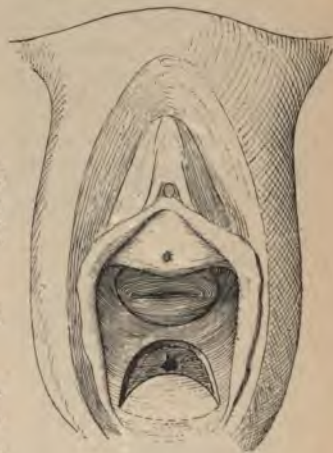
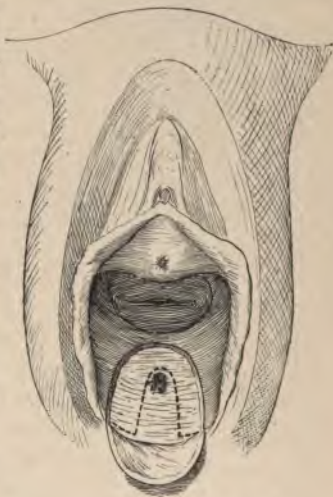


Fig. 72. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par glissement. Procédé de Le Dentu. Avivement et tracé du lambeau.

On trace deux incisions courbes réunies par leurs extrémités latérales de façon à dessiner un croissant : l'une, supérieure et plus convexe, passe à plus d'un centimètre au-dessus de la fistule (fig. 72) ; l'autre, inférieure, est tangente au bord inférieur de l'orifice fistuleux ; cet orifice se trouve donc inscrit dans le croissant délimité par les incisions, au ras du bord concave, tourné en bas, de ce croissant. Ces incisions n'intéressent que la muqueuse vaginale.

2^e temps : Avivement et dissection du lambeau. — On commence par exciser complètement la muqueuse vaginale dans toute l'étendue du croissant circonscrit par les deux incisions.

Cet avivement terminé, on dissèque un lambeau de muqueuse vaginale, de haut en bas, à partir de l'incision inférieure ; il faut poursuivre cette dissection de telle façon que la base, restée adhérente, du lambeau ainsi disséqué, se trouve à un bon centimètre au-dessous de la fistule. Le lambeau retombe par son propre poids, et l'on se trouve en présence d'une surface cruentée ayant la forme d'une demi-circonférence ou d'un demi-ovale, et présentant à son centre l'orifice fistuleux ; la moitié supérieure de cette surface a été avivée par l'excision muqueuse en croissant ; sa moitié inférieure par la dissection du lambeau.



3^e temps : Résection partielle de la cloison recto-vaginale. —

Si l'on suturait immédiatement ce lambeau après l'avoir rabattu sur la surface cruentée, comme ses dimensions sont plus petites que celles de cette surface, on créerait à la base du lambeau un cul-de-sac dans lequel s'accumuleraient les matières passant par la fistule. Il faut, pour

Fig. 75. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par glissement. Procédé de Le Dentu. Le lambeau vaginal est rabattu. La ligne pointillée limite l'étendue de paroi rectale qui doit être réséquée.

supprimer le cul-de-sac, réséquer une partie de la paroi rectale découverte par la taille du lambeau.

Cette résection se fait aux ciseaux. On donne à la portion réséquée la forme d'un triangle équilatéral dont le sommet, tourné en haut, répond à l'orifice fistuleux et la base à la base du lambeau; on débrite de plus, de chaque côté, au niveau de cette base, ainsi qu'il



Fig. 74. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par glissement. Procédé de Le Dentu. Disposition des sutures.

est figuré en pointillé dans la figure 75.

4^e temps : Suture. — Pour obtenir un bon affrontement, il faut que chaque fil décrive le trajet suivant, qu'il est facile de suivre sur la figure 74 : il pénètre à la base du lambeau, puis traverse la cloison recto-vaginale avivée, immédiatement au-dessus de la perte de substance qui y a été faite par la résection; il chemine ensuite sous toute l'étendue de la surface cruentée, en pleine épaisseur de la paroi rectale, mais sans perforer la muqueuse de l'intestin, et il vient ressortir à la limite supérieure de l'avivement; enfin il traverse de nouveau



Fig. 75. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par glissement. Procédé de Le Dentu. Mode d'affrontement du lambeau.

le lambeau, tout près de son bord libre, de la profondeur à la surface.

Quand un nombre suffisant de fils (5 à 8) ont été ainsi placés et noués, la perte de substance triangulaire de la paroi rectale se trouve attirée de chaque côté jusqu'à devenir une fente transversale correspondant à la base du lambeau et les deux surfaces cruentées (face profonde du lambeau et avivement vaginal) se correspondent et s'appliquent exactement (fig. 75) l'une à l'autre.

On fait cette suture avec des fils d'argent ou de la soie fine ; chaque fil sera enfilé, à ses deux extrémités, dans une aiguille courbe de Ilagedorn : on passe d'abord la partie moyenne du fil sous toute l'étendue de la surface avivée, puis chaque chef, muni de son aiguille traverse le lambeau, l'un à sa base, l'autre à son bord libre.

Quand tous ces fils sont placés, on les tend par une traction légère sur leurs chefs et on les noue sans serrer. Il faut avoir soin de les nouer sur un petit rouleau de gaze, de façon à éviter le froncement qui ne manquerait pas de se produire si on les nouait directement sur le lambeau.

« Une fois les sutures terminées, le lambeau inférieur recouvre entièrement le lambeau supérieur. La fistule est complètement supprimée, et la muqueuse rectale qui forme la face postérieure du lambeau supérieur, débordant un peu la ligne de réunion du côté du rectum, constitue une petite valvule sur laquelle les gaz et les matières glissent tout naturellement vers l'anus. »

Soins consécutifs. — Mèche de gaze dans le vagin ; elle sera renouvelée au bout de 48 heures et l'on commencera à donner des injections (1 ou 2 par jour).

Ablation des fils après 5 ou 6 jours (Le Dentu).

Diète les premiers jours. Opium pour constiper la malade, mais il faut évacuer le rectum de temps à autre : Le Dentu conseille de le faire le 2^e et le 4^e jour, puis de redonner de l'opium pour obtenir une nouvelle constipation de trois jours après l'ablation des fils. Purgation le 9^e jour.

B. — Voie périnéale.

1^o Section verticale du périnée. — Ce procédé, fort simple, n'est applicable qu'aux fistules bas situées ; dès que la communication siège un peu haut, il doit être rejeté parce qu'il compromet trop la solidité du périnée.

1^{er} temps : Incision périnéale (fig. 76). — On la pratique d'une manière assez semblable à l'incision de la fistule à l'anus.

On introduit en effet une sonde cannelée par l'orifice vaginal de la fistule, on la pousse jusque dans le rectum et on la fait ressortir par l'anus ; elle charge ainsi tout le pont de tissus sous-jacent à la fistule et on le tranche d'un coup de bistouri.



Fig. 76. — Opération de la fistule recto-vaginale par section verticale du périnée. — Incision périnéale.

2^o temps : Arèvement du trajet fistuleux, exécuté avec la curette ou les ciseaux.

On se trouve alors en présence d'une large communication étendue jusqu'à la peau entre la partie inférieure du rectum et celle du vagin, c'est-à-dire dans les mêmes conditions qu'après une déchirure complète du périnée. Il reste à suturer la plaie suivant les règles que nous avons exposées au chapitre premier ; nous renvoyons à ce chapitre pour les

détails de cette suture, dont nous ne rappelons ici que les temps essentiels.

3^e temps : Sutures.

a) Suture du rectum par des points séparés (fig. 77) non perforants au catgut.

b) Suture du vagin par des fils noués dans la cavité vaginale.



Fig. 77. — Opération de la fistule recto-vaginale par section verticale du périnée. — Disposition des sutures rectales et vaginales.



Fig. 78. — Opération de la fistule recto-vaginale par section verticale du périnée. — Suture rectale terminée. Disposition des fils périnéaux.

c) Suture du périnée (fig. 78) (fil d'argent).

2^o **Dédoublement du périnée** (Périnéotomie transversale). — Ce procédé, qui ressemble à celui de Lawson Tait pour la déchirure complète du périnée, a, sur le précédent, l'avantage de ne pas compromettre la solidité du corps périnéal que l'on divise en suivant un plan de clivage naturel et sans sectionner de fibres musculaires. En cas d'échec, on n'a pas, du moins, aggravé l'état de la malade.

1^{er} temps : *Incision et dédoublement*. — On fait, au-devant de l'anus, une incision convexe en avant, longue de 4 à 5 centimètres.

Dès que les plans superficiels ont été divisés, on creuse dans la profondeur, exactement sur la ligne médiane. La bandelette musculaire recto-urétrale est reconnue et coupée, et l'on tombe alors dans la couche cellulaire qui permet de séparer facilement l'une de l'autre les parois rectale et vaginale.

On poursuit ce décollement, qu'il faut faire uniquement avec le doigt ou le bec des ciseaux mousses, jusqu'au trajet fistuleux. Puis on sectionne ce trajet d'un coup de ciseaux ; cette simple section suffit à aviver les deux moitiés, rectale et vaginale, de la fistule.

2^e temps : Suture de l'orifice rectal, par des points de catgut

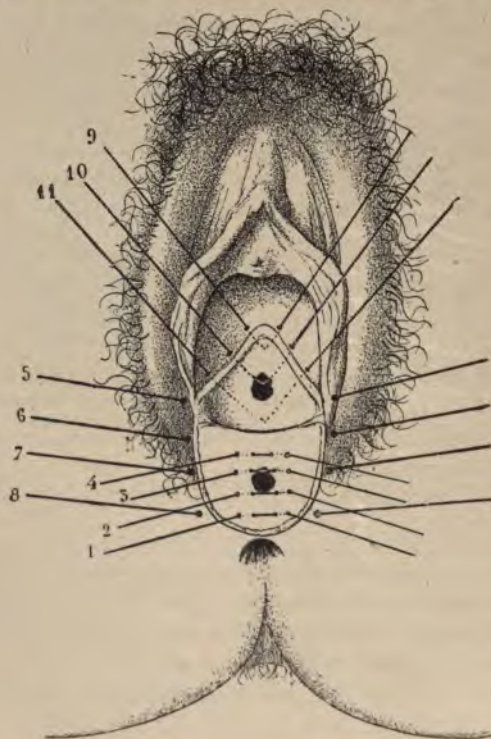


Fig. 79. — Opération de la fistule recto-vaginale par dédoublement du périnée. — Disposition des sutures : 1, 2, 3, 4, sutures perdues de Lauenstein (catgut) fermant la perforation rectale ; 9, 10, 11, fils vaginaux (catgut) ; 5, 6, 7, 8, fils d'argent profonds pour l'affrontement périnéal. (Sänger.)

non perforants (fig. 79), noués dans la plaie, à la manière de Lauenstein (Voy. Sutures rectales dans la périnéorrhaphie.)

5^e temps : Suture de l'orifice vaginal. — Fils noués dans la plaie (catgut).

4^e temps : Suture de la plaie périnéale. — Quénu laisse cette plaie béante : il espère obtenir ainsi la cicatrisation sans reproduction de la fistule, même si l'un des points rectaux vient à manquer.

Nous croyons, avec Pozzi, qu'il vaut mieux suturer la plaie périnéale, mais en laissant, pour le drainage, la place d'une mèche de gaze qui remonte jusqu'au contact de la suture rectale. On placera donc, suivant la technique habituelle, avec l'aiguille d'Emmet, quelques fils d'argent sur les lèvres de l'incision périnéale, en ayant soin d'orienter d'avant en arrière cette ligne de réunion.

Après cette intervention, comme après la section verticale du périnée, les soins consécutifs sont les mêmes qu'après une périnéorrhaphie pour déchirure complète.

5^o Abaissement de la paroi rectale antérieure (procédé de Paul Segond). — Son auteur l'a appliqué avec succès dans un cas de fistule recto-vaginale très haut située : il s'était proposé pour but « de supprimer la portion du rectum située au-dessous de la fistule, sans compromettre ni le sphincter, ni le périnée ; d'aller prendre le rectum au-dessus de la fistule, de le dégainer et de l'abaisser jusqu'à l'anus. »

L'opération comprend les temps suivants, que font bien comprendre les deux figures 80 et 81, dessinées par le P^r Farabeuf pour le travail de Segond.

1^{er} temps : Dilatation de l'anus. — La malade est en position dorso-sacrée et le chirurgien pratique cette dilatation, de la manière classique, de préférence avec les doigts ; il faut la faire aussi complète que possible pour avoir libre accès dans le rectum.

2^e temps : Libération par dissection du cylindre muqueux intra-anal. — On incise alors circulairement la muqueuse, au pourtour de l'anus ; il ne faut pas faire cette incision à l'union même de la muqueuse et de la peau, mais bien à 2 ou 5 millimètres plus haut, pour que la suture qui terminera l'opération

soit intra-anales et qu'il n'y ait consécutivement aucune tendance au prolapsus muqueux.

L'incision faite, on dissèque aux ciseaux, en remontant le manchon formé par la muqueuse du canal anal ; cette dissec-



Fig. 80. — Fistules recto-vaginales haut situées. — Procédé de P. Segond.
1^{er} temps. Excision ano-rectale. (Farabeuf.)

tion se poursuit jusqu'à ce qu'on ait dépassé le bord supérieur du sphincter.

5^e temps : Dédoublement de la cloison recto-vaginale ; abaissement et résection du segment rectal sous-jacent à la fistule.

Au delà du sphincter, on poursuit la dissection, mais en prenant maintenant toute l'épaisseur de la paroi rectale qu'il faut séparer de la paroi vaginale. Ce dédoublement s'exécute avec le doigt, sans aucun instrument, et peut se poursuivre très haut. On ne reprend le bistouri qu'un instant, en arrivant au trajet fistuleux qu'il faut trancher et dédoubler en deux orifices indépendants, l'un rectal et l'autre vaginal. On pousse encore plus haut la séparation des deux parois, en refoulant au besoin le cul-de-sac péritonéal qui ne court aucun risque. On ne s'arrête que lorsqu'il est possible d'amener, par une traction modérée, le bord supérieur de la fistule à l'anus.

Reste à sectionner, au ras de l'anus, le rectum abaissé : la section se fait obliquement de haut en bas et d'avant en arrière : elle est élevée au niveau de la paroi antérieure où elle passe au-dessus de la fistule ; elle est plus basse en arrière où elle passe

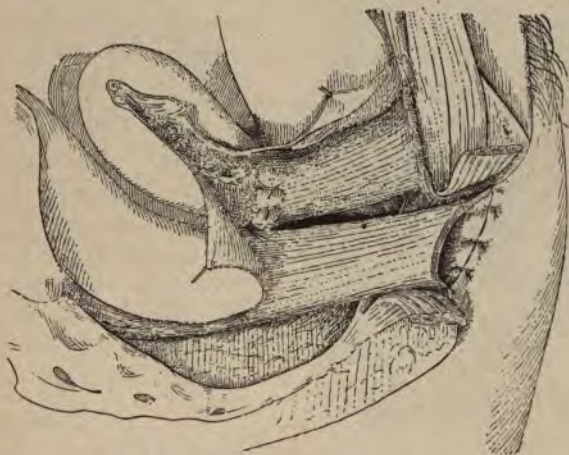


Fig. 81. — Fistules recto-vaginales haut situées. — Procédé de P. Segond.
2^e temps. Abaissement du rectum et sutures. (Farabeuf.)

à 5 centimètres environ (cas de Segond) au-dessus du sphincter.

4^e temps : Suture du rectum à l'anus. — On réunit par des points séparés le rectum sectionné à la muqueuse conservée à la partie inférieure du canal anal.

Nous croyons que le meilleur moyen d'obtenir une bonne réunion et d'éviter l'ascension possible du bout rectal supérieur consiste à faire la suture que préconise Delorme après la résection étendue de la muqueuse dans le prolapsus rectal : on placera donc d'abord, aux quatre points cardinaux du manchon rectal, des fils en U prenant une bonne épaisseur des tissus du canal anal et destinés à assurer la fixation du bout supérieur ; puis, entre ces fils, on en placera d'autres, plus superficiels, affrontant les deux muqueuses.

5^e temps : Avivement et suture de l'orifice vaginal de la fistule, suivant la technique habituelle.

Mèche de gaze dans le vagin et tube de caoutchouc dans le

rectum pour l'évacuation des gaz. Le tube rectal est enlevé à la première selle, le petit drain au bout de 48 heures ; au 8^e jour, quand on enlève les fils, la guérison est obtenue. Second ne constipe la malade à aucun moment.

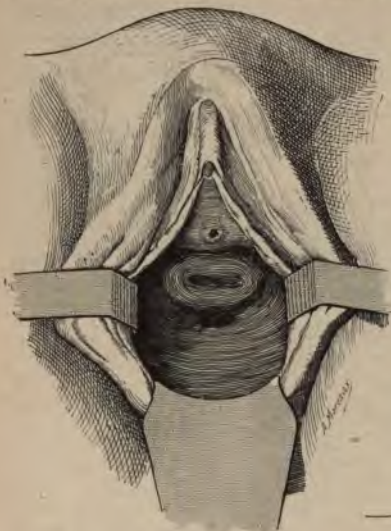


Fig. 82. — Opération de la fistule recto-vaginale par la voie vagino-périnéale. — Procédé de Legueu. Étalement du champ opératoire. Fistule siégeant au contact du col. (D'après Legueu.)

ment du périnée jusqu'au trajet fistuleux, puis dans la section médiane de la paroi postérieure du vagin, pour mieux exposer l'orifice anormal et en faciliter la suture. Voici comment il est décrit par son auteur.

« 1^{er} temps : Incision transversale entre l'anus et la commissure postérieure ; incision plus près de la vulve que de l'anus, comme dans la périnéorraphie.

(1) *Presse médicale*, 1905.

C. — Voie mixte, vagino-périnéale.

(Procédé de Legueu). (1)

Ce procédé, qui convient surtout aux fistules élevées (fig. 82), consiste essentiellement dans un dédouble-

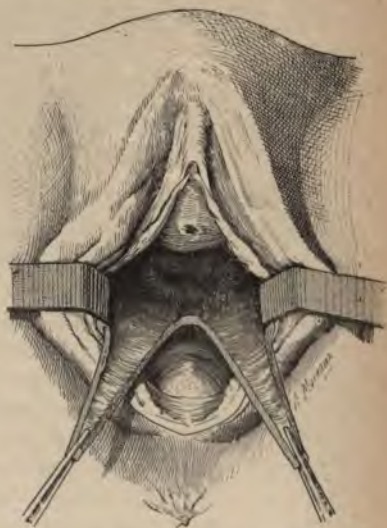


Fig. 85. — Fistule recto-vaginale. — Procédé de Legueu. Dédoublement jusqu'au niveau de la fistule. Section longitudinale du vagin. (D'après Legueu.)

« 2^e temps : Décollement du rectum et du vagin jusqu'à la fistule.

« 5^e temps : Incision longitudinale aux ciseaux de toute la longueur de la paroi vaginale décollée. A ce moment, on a une large brèche, créée par l'écart des lèvres de l'incision vaginale ; en haut, se voit l'orifice de la fistule ; en arrière, on voit la paroi du rectum dénudé. Grâce au jour que donne cette

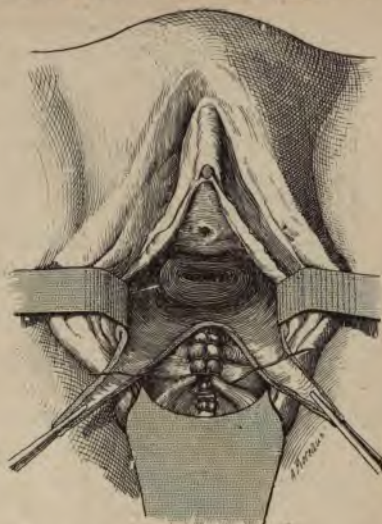


Fig. 84. — Fistule recto-vaginale. — Procédé de Legueu. Suture de la perforation rectale entre les lèvres écartées de l'incision vaginale. (D'après Legueu.)

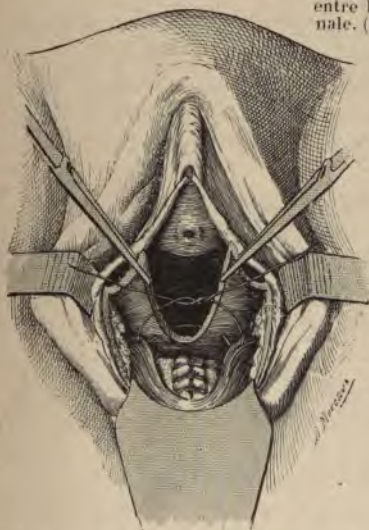


Fig. 85. — Fistule recto-vaginale. — Procédé de Legueu. Suture du vagin et adaptation exacte des plans. Un des fils charge les releveurs et les rapproche sur la ligne médiane. (D'après Legueu.)

arcade, le décollement est poussé autour et *au-dessus* de la fistule. Dès lors, la fistule est réduite à un seul orifice rectal : l'orifice vaginal se confond avec la fente faite à la paroi postérieure du vagin (fig. 85).

« 4^e temps : Suture isolée, à points séparés et au catgut, de cet orifice rectal (fig. 84). Sur la paroi rectale, la paroi vaginale est abaissée, suturée dans toute sa hauteur (fig. 85) ; la suture est faite de telle façon

que l'accolement soit partout parfait, que les muscles releveurs soient suturés en arrière du vagin.

« La plaie vulvaire est enfin suturée par quelques points de crin de Florence. »

D. — Traitement opératoire des fistules recto-périnéales.

Ces fistules sont assez rares. Elles présentent un orifice rectal, siégeant plus ou moins haut sur la paroi antérieure de l'intestin, et un orifice périnéal, siégeant entre la vulve et l'anus, sur la ligne indiquée ou à son voisinage.

Elles sont justiciables de deux sortes d'interventions, calquées sur celles que nous venons de décrire pour la cure des fistules recto-vaginales : la *section verticale du périnée* et l'*abaissement de la paroi antérieure du rectum*.

1^o Lorsque la fistule remonte peu dans le rectum, on peut la traiter comme une simple fistule à l'anus c'est-à-dire charger sur une sonde cannelée, traversant le trajet d'un orifice à l'autre, tous les tissus qui la séparent de la peau, les fendre d'un coup de bistouri, aviver les parois de la fistule et laisser cicatriser de la profondeur à la surface.

Mais, dans la majorité des cas, et surtout si l'orifice fistuleux remonte haut dans l'intestin, mieux vaudra, après cette section verticale du périnée et l'avivement du trajet, faire des sutures perdues, non perforantes, sur la paroi rectale antérieure et placer quelques fils d'argent sur le périnée; les règles de la suture sont ici les mêmes que dans les déchirures complètes du périnée.

2^o L'abaissement du rectum peut se faire suivant la technique de Segond pour le traitement des fistules recto-vaginales. Mais on peut également abaisser, non pas toute la paroi rectale, comme le fait Segond, mais la seule muqueuse que l'on résèque au-dessus de la fistule et dont on fixe la tranche supérieure à l'anus. Ce procédé a été imaginé par Gérard Marchant ⁽¹⁾ qui l'a

(1) *Société de chirurgie*, 1905.

employé avec succès dans un cas de fistule avec orifice rectal large comme une pièce de 5 francs et prolapsus de la muqueuse rectale au niveau de l'orifice périnéal; le sphincter anal et le périnée, en arrière de la fistule, étaient normaux; c'est pour respecter cette intégrité que Gérard Marchant a préféré l'abaissement à la section verticale du périnée. Nous croyons ce procédé excellent pour les fistules basses, mais lorsque l'orifice anormal est très haut dans le rectum et que, par conséquent, la résection d'une notable étendue de muqueuse devient nécessaire, nous craindrions la désunion de la suture et l'ascension de la muqueuse.

Voici, d'après G. Marchant, la technique de l'opération :

1^{er} temps : Dilatation de l'anus.

2^e temps : Incision circulaire de la muqueuse anale à 5 millimètres au-dessus de la ligne ano-cutanée.

3^e temps : Dissection aux ciseaux mousses du manchon formé par la muqueuse du canal anal; la muqueuse est également libérée au pourtour de l'orifice périnéal de la fistule et dans toute l'étendue du trajet.

4^e temps : Abaissement à l'anus du manchon muqueux qui vient d'être disséqué et qui présente à sa partie antérieure l'orifice fistuleux (fig. 86); section transversale du manchon au-dessus de la fistule.

Nous croyons qu'il est bon d'imiter ici comme plus haut la conduite de Delorme dans la résection de la muqueuse pour prolapsus rectal, c'est-à-dire de fixer le manchon muqueux, avant de le couper, par 4 fils en U occupant les quatre points

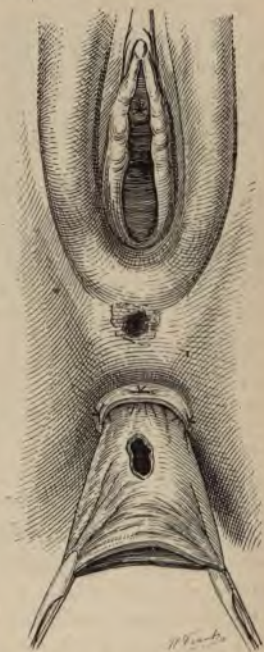


Fig. 86. — Fistule recto-périnéale. — Procédé de Gérard Marchant. Abaissement du rectum.

cardinaux de la circonférence de l'anus ; on sera ainsi assuré contre toute ascension de ce manchon.

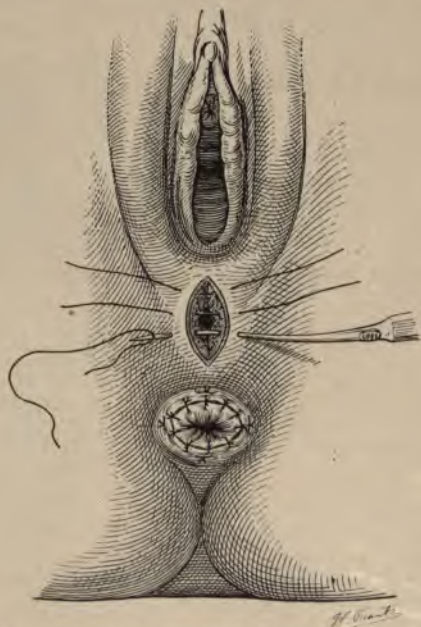


Fig. 87. — Fistule recto-périnéale. Procédé de Gérard Marchant. Suture circulaire de la muqueuse abaissée à l'anus. Fermeture de la fistule.

5^e temps : Suture de la muqueuse à l'anus : points séparés de catgut (fig. 87).

6^e temps : Avivement et suture de l'orifice périnéal.

DEUXIÈME PARTIE

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES : VOIE VAGINALE

CHAPITRE I

CURETTAGE DE L'UTÉRUS ET COLPOTOMIE POSTÉRIEURE

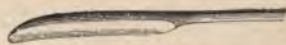
C'est à dessein que nous réunissons, au début de cette étude sur la voie vaginale, dans un même chapitre le *curettage* et la *colpotomie*. Ce sont en effet les deux interventions les plus courantes et, pourrions-nous dire, les plus élémentaires de la chirurgie utéro-annexielle. Elles ont fréquemment des indications d'urgence, et tout praticien doit être à même de les exécuter; c'est par elles qu'il commencera à se familiariser avec la voie vaginale; souvent, en outre, ces opérations constituent le premier temps d'interventions plus complexes (hystérectomie vaginale, par exemple).

I. CURETTAGE DE L'UTÉRUS

Instrumentation. — Elle doit, avant tout, être simple. Nous



Curette à tige droite de Volkman.



Curette à bords parallèles de Bécamier-Pozzi.



Curette de Bouilly.



Curette tranchante de Sims.

Fig. 88.

ne décrirons pas ici les différents modèles de curettes (fig. 88)

ils sont connus de tous. Il suffit amplement d'en avoir deux à sa disposition : une curette fenêtrée à bords tranchants pour détacher la muqueuse, et une cuiller à bords plus mousses qui servira surtout à entraîner, hors de la cavité utérine, les débris muqueux.

Il faut en outre avoir deux pinces à abaissement utérin, une pince longuelle, une sonde utérine à double courant et une valve vaginale : si la dilatation préalable n'a pas été faite, il faut de plus se munir d'un dilateur à trois branches ou d'un jeu de bougies de Hégar.

Pour le curettage pratiqué quelques jours après un accouchement à terme, on a construit de très larges cuillers, mousses et montées sur un très long manche ; elles peuvent rendre des services, mais c'est ici le doigt surtout qui ira détacher les débris placentaires.

Préparation de la malade.

1^o Il faut prendre ici les mêmes *précautions aseptiques* que pour une intervention plus sérieuse : il faut donc raser la vulve et nettoyer soigneusement les organes génitaux externes, puis le vagin (brosse, savon, injection antiseptique). C'est une faute grave, même dans les cas d'urgence, de négliger ces précautions et c'est là certainement la cause de nombre d'accidents consécutifs.

2^o L'*anesthésie générale* doit être employée, sauf contre-indication formelle ; les divers temps opératoires, en particulier l'abaissement de l'utérus, sont douloureux et il ne faut pas que le chirurgien soit gêné par les mouvements involontaires de la malade.

3^o Sauf le cas d'accouchement récent, il est indispensable de *dilater le col utérin* (surtout son orifice interne) pour frayer une voie libre et facile aux instruments. Avec la majorité des chirurgiens et contrairement à l'opinion de Richelot, nous croyons qu'il vaut mieux, toutes les fois qu'on le pourra, faire la dilatation préalable, deux ou trois jours avant l'opération, avec des lamineaires.

Lorsqu'on n'aura pas pu y recourir ou lorsque cette dilatation préalable aura été insuffisante, on recourra à la dilatation

extemporanée, immédiatement avant le curettage; nous croyons l'usage des bougies de Hëgar préférable à celui des dilateurs à branches. Si l'on n'avait aucun instrument spécial à sa disposition, on pourrait, à la rigueur, se servir d'une pince longuette qu'on introduirait fermée dans l'utérus et qu'on retirerait en l'ouvrant de plus en plus.

Technique opératoire.

1^{er} temps : Abaissement du col. — La malade est mise dans la position de la taille, les cuisses maintenues par des porte-cuisses ou, à leur défaut, par deux aides. On refait une injection, puis une valve déprime la paroi vaginale postérieure et permet d'apercevoir le col. Celui-ci est saisi avec une ou deux pinces à abaissement (fig. 89) qui l'amènent à la vulve et sont confiées aux aides. Si l'utérus est fixé, s'il y a de la périmétrie ou des annexites, il faut s'abstenir du curettage.



Fig. 89. — L'utérus saisi par deux pinces en abaissement est amené à la vulve.

Avant de prendre la curette, on introduit un hystéromètre dans la cavité utérine : on se rend compte ainsi de la profondeur du corps et du degré de dilatation du col. C'est à ce moment que l'on compléterait la dilatation, s'il était nécessaire.

2^e temps : Curettage. — a) *Dans les cas ordinaires* (utérus métritique, curettage post abortum), il faut introduire d'abord la curette fenêtrée. Pour aller vite et terminer, comme on doit le faire, en quelques minutes, il faut procéder avec méthode. L'instrument sera d'abord poussé jusqu'au fond de l'utérus, puis ramené, en suivant le milieu de la paroi postérieure jusqu'à l'orifice externe du col ; on repasse deux ou trois fois au même point, jusqu'à ce qu'on sente partout que la curette gratte sur

le muscle utérin résistant en faisant entendre le *cri utérin* caractéristique. On répète ensuite les mêmes manœuvres de chaque côté jusqu'à ce qu'on ait entièrement cureté la paroi postérieure.

On passe ensuite à la paroi antérieure, puis aux bords latéraux, pour lesquels il faut diriger l'instrument franchement en dehors, à droite ou à gauche. C'est le curettage du fond de l'utérus et des angles tubaires qui est le plus délicat ; avec un peu d'attention, on parvient à le faire complet, sans risque de perforation.

De temps à autre, on retire la curette fenêtrée et on la remplace par la cuiller mousse qui évacue les débris muqueux détachés. Quand on a terminé, on introduit la sonde intra-utérine et on fait un lavage à l'eau bouillie chaude qui achève d'entraîner les lambeaux de muqueuse et les caillots. Puis on reprend encore une fois la curette et, par une revision rapide de toutes les parois, des bords et des angles de l'utérus, on s'assure que le curettage est bien complet, que le muscle est partout à nu.

b) *Dans l'utérus puerpéral*, après l'accouchement, les conditions sont bien différentes. Il faut ici employer des curettes à bords très émoussés, agir avec beaucoup de précautions, en fixant la paroi utérine par la main gauche appliquée sur la paroi abdominale, à travers une compresse stérilisée ; il ne faut pas chercher ici le cri utérin, mais la sensation de grattage sur un plan plus résistant est toujours assez nette pour qu'on reconnaisse avec certitude le moment où l'on arrive sur la couche musculaire.

Il faut surtout, autant que possible, se passer d'instruments et faire du *curage digital* qui permet de détacher facilement les débris placentaires.

C'est dans ces cas que l'on peut le plus facilement perforer l'utérus avec la curette ; on s'en aperçoit à la sensation brusque de résistance vaincue et à la pénétration anormalement profonde de l'instrument qui file dans la cavité abdominale.

En présence d'un pareil accident, la conduite du chirurgien sera variable : si l'utérus n'est pas ou est peu infecté, il faut s'arrêter aussitôt, *ne pas faire d'injection intra-utérine*, tamponner le vagin et attendre en surveillant les suites opératoires qui, le plus souvent, ne présenteront rien d'inquiétant. S'agit-il au contraire d'un utérus profondément septique (curettage

post partum ou post abortum), il faut immédiatement intervenir et faire l'hystérectomie vaginale ou, mieux, une laparotomie.

3^e temps : Grand lavage intra-utérin et pansement. — Après le curettage, on fait, avec la sonde intra-utérine, un nouveau lavage qui se prolonge jusqu'à ce que le liquide ressorte à peu près clair. Ce lavage agit d'une façon purement mécanique ; aussi croyons-nous l'eau bouillie à 39-40° préférable à l'eau oxygénée et aux solutions antiseptiques qu'il faut, en tout cas, très faibles (sublimé à 1/4000).

On peut, ensuite, faire l'*écouvillonnage* de l'utérus avec un écouvillon spécial ou, plus simplement, une pince languette à mors garnis d'une compresse sèche. Cet écouvillonnage est le meilleur procédé pour appliquer, sur la surface curettée, des substances modificatrices (teinture d'iode, chlorure de zinc, glycérine créosotée, etc.). Ce temps n'est pas indispensable.

On termine en plaçant dans le vagin un tampon de gaze aseptique et en appliquant un carré de ouate au-devant de la vulve. Ce n'est qu'au cas d'hémorragie persistante qu'il faut tamponner la cavité utérine par une mèche qui sera retirée au bout de 24 ou 48 heures. Dans les cas rares où l'on veut drainer l'utérus, la mèche intracervicale est insuffisante et même nuisible parce qu'elle fait bouchon et il faut employer un drain de verre ou de caoutchouc durci.

Normalement le tampon vaginal sera retiré le 5^e jour et ne sera pas renouvelé ; on donne, à partir de ce moment, deux injections vaginales par jour.

La malade peut se lever au 8^e ou 10^e jour.

II. COLPOTOMIE POSTÉRIEURE

On désigne sous le nom de *Colpotomie* l'incision d'un cul-de-sac du vagin et il faut distinguer la colpotomie antérieure et la colpotomie postérieure. Comme, en fait, on prolonge toujours cette incision jusqu'au péritoine, au moins au niveau du cul-de-sac postérieur, et qu'on pénètre dans la cavité abdominale, on fait ainsi une véritable laparotomie vaginale et, dans le langage courant, colpotomie et cœliotomie vaginale sont devenues synonymes.

Nous ne parlerons pas ici de la colpotomie antérieure, car les indications de cette intervention sont exceptionnelles.

La *Colpotomie postérieure*, dont nous allons décrire la technique, est l'opération de choix, et souvent d'urgence, dans toutes les collections pelviennes suppurées, quelle qu'en soit l'origine, qui viennent faire saillie dans le cul-de-sac de Douglas ; elle est également une bonne voie d'accès sur les hématoécèles rétro-utérines enkystées quoique dans la plupart des cas elle reste inférieure à la laparotomie.

On a voulu aussi faire de cette incision vaginale ou *Cœliotomie postérieure* un temps préliminaire à des opérations plus complexes et enlever les annexes par cette voie (Dührssen, Le Dentu, Pichevin). Impossible ou très dangereuse toutes les fois qu'il y a des adhérences tant soit peu étendues, ne donnant qu'un jour très insuffisant, cette méthode n'offre aucun avantage par rapport à l'ablation abdominale des annexes, et doit-elle être systématiquement rejetée. Nous ne nous occuperons donc ici que de la colpotomie dans les collections du cul-de-sac de Douglas.

Technique opératoire.

La malade est préparée suivant la technique habituelle : vulve rasée et nettoyée ; désinfection soignée du vagin ; anesthésie générale ; position de la taille.

1^{er} temps : Fixation du col utérin. — On déprime la paroi vaginale postérieure avec une courte valve ne dépassant pas le milieu de sa hauteur et n'atteignant pas le cul-de-sac. Une pince à abaissement saisit la lèvre postérieure du col ; on l'abaisse un peu et on la porte en avant de façon à bien tendre le vagin (fig. 90) au niveau du cul-de-sac postérieur, qui fait toujours d'ailleurs une saillie plus ou moins volumineuse ; la paroi vaginale est souvent œdématiée.

2^e temps : Incision du vagin et ouverture du cul-de-sac de Douglas. — Le manuel opératoire est des plus simples, « à condition qu'on veuille bien ne pas le compliquer à plaisir » (Faure). L'instrument le meilleur pour cette ouverture nous paraît être une paire de bons ciseaux un peu forts ; on peut

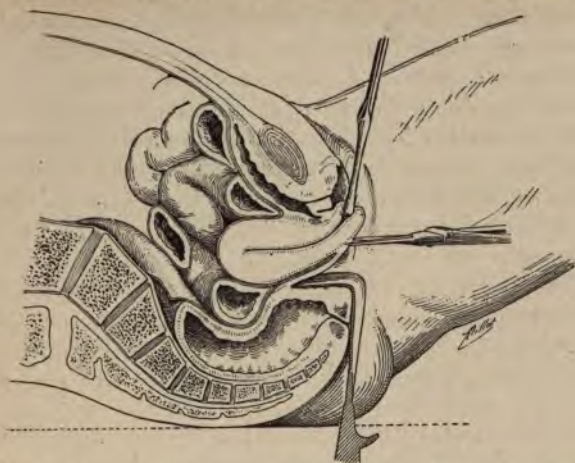


Fig. 90. — Colpotomie postérieure. — Coupe schématique du petit bassin montrant la disposition du cul-de-sac de Douglas et la direction que doivent avoir les ciseaux. (Doyen.)

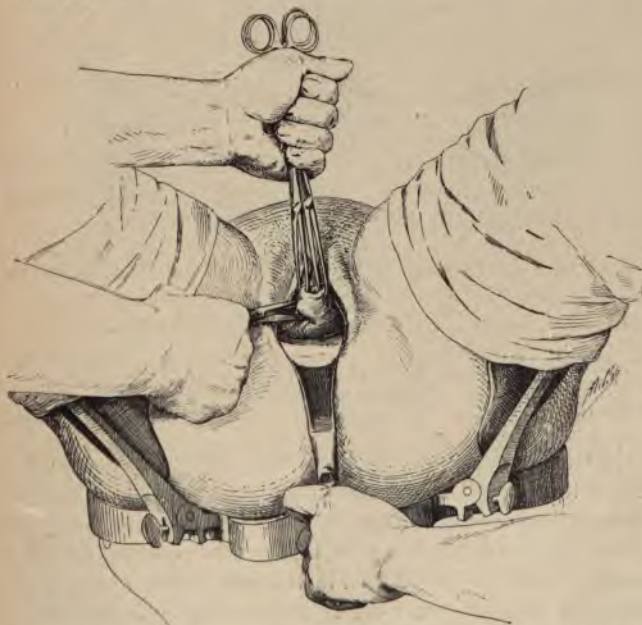


Fig. 91. — Colpotomie postérieure. — Incision de la muqueuse vaginale. (Doyen.)

aussi employer le bistouri; il faut absolument rejeter les trocarts et instruments analogues aveugles et par conséquent dangereux.

L'incision doit être dirigée transversalement et située dans le fond même du cul-de-sac postérieur, au point le plus saillant, si ce cul-de-sac bombe. Elle doit mesurer 3 ou 4 centimètres et permettre l'introduction facile de deux doigts; il

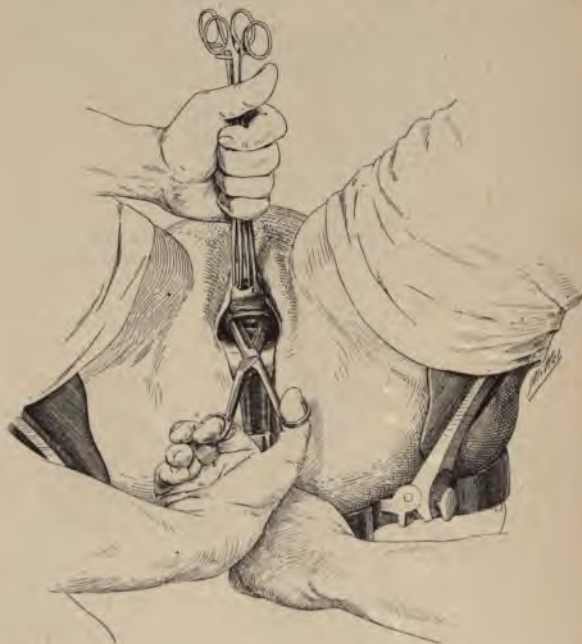


Fig. 92. — Colpotomie postérieure. — Élargissement de la boutonnière péritonéale. (Doyen.)

faut la faire franchement médiane et rétro-cervicale, même s'il y a une tumeur plutôt latérale, car, sur les côtés, on trouverait des vaisseaux et on s'approcherait de l'uretère.

C'est la paroi postérieure de l'utérus qui doit servir de repère pendant cette incision : l'instrument doit la suivre sans la quitter un seul temps; c'est le moyen d'arriver au péritoine sans rien blesser, et sans que le rectum coure aucun risque

de perforation. On coupe donc au ras de la lèvre postérieure du col, d'abord la muqueuse, puis les tissus sous-jacents (fig. 91 et 92), jusqu'à ce qu'on arrive dans la cavité péritonéale.

5^e temps : *Exploration du cul-de-sac de Douglas.* — Dès qu'on est arrivé dans le Douglas, il s'écoule du liquide qui peut être, suivant les cas, du pus, de la sérosité claire ou louche, du sang.

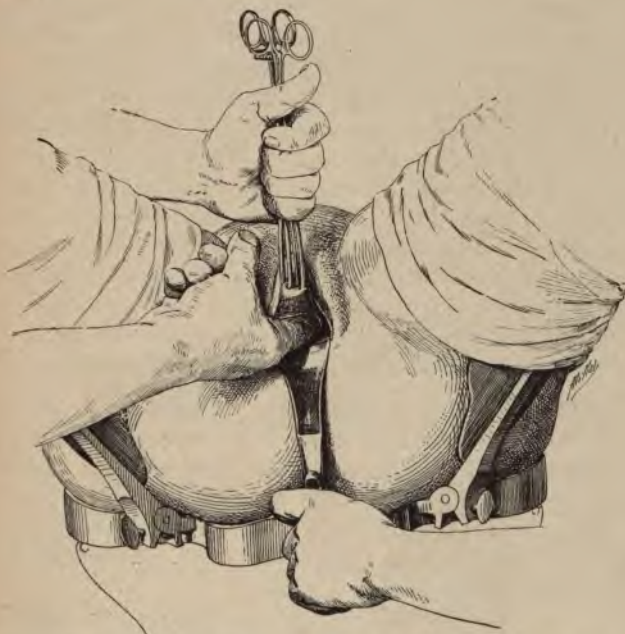


Fig. 93. — Colpotomie postérieure. — Exploration du cul-de-sac de Douglas. (Boyen.)

a) Le plus souvent, il s'écoule du *pus* : on a affaire à un abcès du cul-de-sac postérieur. Dès que le pus est évacué, on introduit le doigt dans la poche (fig. 95) pour l'explorer; il faut en examiner tous les prolongements, détruire les brides qui la cloisonnent; il faut surtout aller sentir, vers la partie supérieure de la poche, les annexes presque toujours malades; on peut y trouver des poches purulentes secondaires qu'il faut ouvrir

avec le doigt ou avec un instrument mousse ⁽¹⁾. On termine par un grand lavage à l'eau bouillie de la cavité et de ses diverticules.

b) Lorsque l'incision du péritoine donne issue à de la *sérosité*, il faut également explorer avec soin tout le cul-de-sac recto-utérin. Dans des cas rares, en effet, ce peut être là toute la lésion, et il s'agit simplement d'une pelvi-péritonite séreuse (Lejars). Beaucoup plus souvent, l'épanchement séreux dans le Douglas est consécutif et sous-jacent à un abcès situé plus haut, dans une trompe; il faut que le doigt aille sentir et crever cette poche, point de départ des accidents.

c) Il peut enfin s'agir d'une hématocele rétro-utérine : c'est alors du *sang*, plus ou moins modifié, qui s'écoule par l'incision. Avec le doigt, on enlèvera les caillots qui remplissent le Douglas; il faut procéder avec quelques précautions, surtout vers la partie supérieure de la cavité, et éviter de frotter trop rudement les parois, car on provoquerait ainsi une reprise de l'hémorragie. On s'arrêterait dès qu'apparaîtrait un écoulement de sang rouge et, si cet écoulement persistait, on tamponnerait la cavité rétro-utérine. La voie abdominale est, du reste, infiniment supérieure dans le traitement de l'hématocele.

4^e temps : Drainage et pansement. — Après un lavage du Douglas, au moins dans les cas d'abcès ou d'hématocele, de façon à entraîner les dernières gouttes de pus ou les derniers caillots, on installe un gros drain en croix, remontant jusque dans la poche la plus élevée; le drain est coupé à mi-hauteur du vagin. Tamponnement vaginal peu serré. Pansement vulvaire, comme d'habitude.

Le traitement consécutif est variable avec les cas. Dans les abcès, on lavera la cavité suppurante au moyen du drain. Dans tous les cas, il ne faut enlever ce drain que quand il n'y a plus aucun suintement, car il serait difficile et souvent même impossible de le remettre en place après l'avoir enlevé.

(1) Il faut avoir soin de ne pas prendre pour des poches suppurées les anses intestinales, qu'on peut trouver adhérentes à la partie supérieure du Douglas; un peu d'attention suffit à éviter cette erreur.

CHAPITRE II

CHIRURGIE DU COL DE L'UTÉRUS

Nous décrirons successivement dans ce chapitre la *trachelorraphie*, ou opération d'Emmet, pour la déchirure du col, les *stomatoplasties*, les *amputations intravaginales du col* et l'*amputation supravaginale*.

I. TRACHÉLORRAPHIE

Cette opération, préconisée par Emmet, d'abord employée avec exagération, a perdu aujourd'hui beaucoup de sa faveur; très notablement inférieure aux amputations intravaginales dans le traitement des métrites cervicales, elle n'a que de rares indications.

On la fait habituellement unilatérale et du côté gauche, puisque c'est de ce côté que siège la déchirure ou qu'elle est le plus marquée; au cas de déchirure bilatérale étendue, il faut répéter de chaque côté la même opération, en ayant soin de conserver un orifice utérin de dimensions suffisantes.

Voici la technique de l'opération unilatérale.

1^{er} temps : Avivement. — Fixer le col avec deux pinces, une sur chaque lèvre, et l'abaisser.

On complète alors la déchirure en fendant, d'un coup de ciseaux, la commissure jusqu'au cul-de-sac vaginal. Puis, sur chaque lèvre, on excise, toujours avec les ciseaux, tout le tissu cicatriciel.

2^e temps : Suture. — Après avoir tamponné un instant, pour arrêter le saignement en nappe et y voir clair, on réunit l'une à l'autre les surfaces avivées par 5 ou 4 points de catgut un

peu fort, ou de soie, prenant toute l'épaisseur des lèvres (fig. 94)

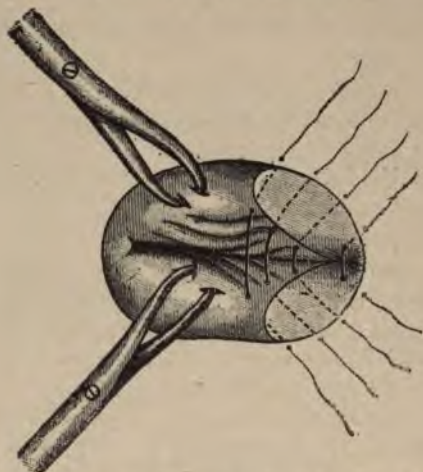


Fig. 94. — Opération d'Emmet. — Trachélorraphie. (Pozzi.)

du col. On commence à l'angle externe et on finit vers l'orifice du col.

Mèche tamponnant le vagin, maintenue en place jusqu'au 5^e jour.

II. STOMATOPLASTIES

La *discision* simple du col, c'est-à-dire l'incision bilatérale des commissures jusqu'à l'insertion du vagin, n'assure pas une guérison définitive de la sténose du col, car la cicatrisation de cette large plaie ne se fait pas sans rétrécissement. Il faut donc, pour éviter toute récurrence et, au cas de grossesse ultérieure, toute dystocie, avoir recours, soit aux amputations intravaginales à lambeaux, qui seront décrites au paragraphe suivant, soit à des opérations plastiques (stomatoplasties) capables de « donner au col, à son orifice et à son trajet, la forme d'un col de femme ayant eu un enfant sans déchirure, tout en respectant la muqueuse » (Pozzi).

A. — Évidement commissural du col (opération de Pozzi).

1^{er} temps : *Discision bilatérale du col.* — Le vagin est maintenu béant par deux valves. Le col est amarré avec deux pinces à abaissement placées sur chacune de ses lèvres; l'opérateur saisit la pince antérieure (celle qui est fixée sur la lèvre antérieure du col) et laisse la pince postérieure retomber par son propre poids.

Il introduit alors, dans la cavité du col, l'une des branches de forts ciseaux droits, tenus ouverts, et pousse l'instrument jusqu'à ce que l'autre branche arrive au fond du cul-de-sac latéral du vagin; il suffit de rapprocher les deux branches pour trancher d'un seul coup la commissure (fig. 95) dans toute sa hauteur.



Fig. 95. — Sténose du col. — Section des commissures au début de l'évidement.

Lorsque la sténose est très serrée, il peut être impossible d'introduire les ciseaux, et c'est avec un bistouri à lame étroite que se fera le premier débridement. On sectionne ensuite, de la même façon, l'autre commissure.

Les valves, devenues inutiles, sont enlevées; la pince antérieure est confiée à un aide; le chirurgien lui-même abaisse un peu la pince postérieure, de façon à écarter les deux lèvres du col : il étale ainsi toute la cavité cervicale.

Sur chacune des deux lèvres du col, on reconnaît, au milieu, une gouttière muqueuse, représentant la moitié correspondante du canal cervical, et s'étendant de l'extrémité antérieure du col à un orifice médian qui est l'orifice profond communiquant avec la cavité du corps.

Latéralement, cette gouttière médiane est bordée par deux surfaces cruentées de forme triangulaire. Il y a donc en tout quatre triangles rectangles, deux sur chaque lèvre, limités de

la façon suivante : le grand côté de l'angle droit est le bord de la gouttière muqueuse du canal cervical; le petit côté est la limite de la section latérale du col, et va de l'orifice profond à la paroi vaginale; l'hypothénuse, un peu courbe et non rectiligne, est constituée par le bord de la muqueuse vaginale du col.

2^e temps : Excision de quatre petits lambeaux prismatiques.

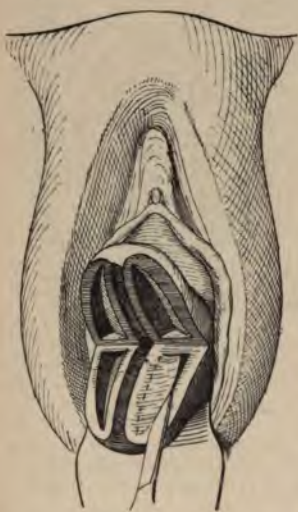


Fig. 93. — Évidement commissural du col. — Opération de Pozzi. Taille des quatre lambeaux prismatiques.

— Sur chacun des quatre triangles cruentés qui viennent d'être décrits, on fait un évidement avec le bistouri tenu obliquement, de façon à enlever un petit lambeau en forme de prisme (fig. 96).

Une première incision est menée à 2 millimètres environ du bord de la gouttière muqueuse; une seconde suit l'hypothénuse du triangle; ces deux incisions convergent dans la profondeur et taillent le lambeau prismatique, qui ne tient plus que par sa base, tournée en haut; on achève de le détacher par une troisième incision longeant le petit côté du triangle.

On répète ensuite la même manœuvre sur les trois autres triangles.

5^e temps : Sutures. — 1^o Chacun des quatre avivements qui viennent d'être exécutés est suturé isolément (fig. 97). L'aiguille pénètre dans le col au niveau de sa face vaginale, passe au-dessous de l'arête du prisme et de toute la surface cruentée et ressort dans la cavité cervicale. Il faut habituellement deux fils pour chaque avivement; lorsqu'ils sont serrés, les deux parois de la petite cavité créée par l'excision du lambeau prismatique s'accolent exactement.

Pozzi emploie, pour cette suture, le fil d'argent fin; il tord le fil et passe ses deux chefs dans un grain de plomb qu'il

écrase ; ces plombs empêchent les bouts du fil de blesser les parois vaginales et servent, en outre, de repères, pour l'ablation des fils.

On pourrait également employer la soie.

2^o On termine en plaçant un fil de chaque côté, sur l'angle d'écartement des deux moitiés du col, de façon à reconstituer jusqu'à un certain point les commissures.

L'opération terminée, le col présente un aspect tout particulier, en bec de canard (Pozzi) et sa cavité, largement ouverte, laisse facilement pénétrer le doigt.

Plus tard, quand la cicatrisation s'est faite, le museau de tanche est tout à fait semblable à celui d'une multipare (orifice en fente transversale).

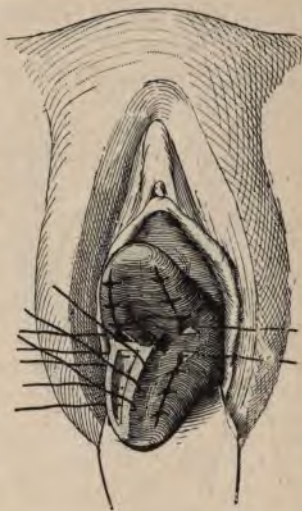


Fig. 97. — Évidement commissural du col. — Opération de Pozzi. Disposition des sutures.

Pansement. — On met un peu de gaze chiffonnée entre les lèvres béantes du col et on tamponne le vagin. Ce pansement est renouvelé tous les deux ou trois jours ; on enlève les fils le 15^e jour.

B. — Opération de Dudley.

Cette opération s'adresse aux cas d'antéversion, avec ou sans sténose du col ; en même temps qu'elle augmente les diamètres de l'orifice externe du col, elle le reporte en arrière. Elle consiste essentiellement dans un raccourcissement de la hauteur de la lèvre postérieure du col ; on la complète par une amputation partielle de la lèvre antérieure, souvent atteinte, dans ces cas, d'allongement hypertrophique. En voici la technique :

1^{er} temps : *Incision médiane postérieure du col.* — L'utérus est d'abord dilaté et cureté ; puis on sectionne, d'un coup de ciseaux, la lèvre postérieure du col, exactement sur la ligne

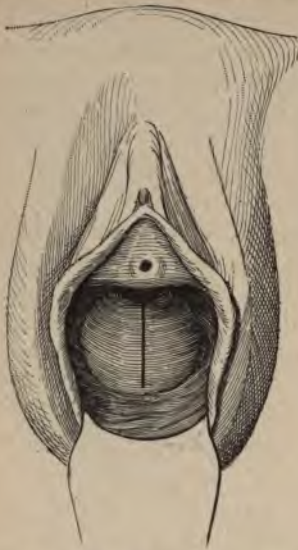


Fig. 98. — Opération de Dudley. — Tracé de l'incision médiane postérieure.

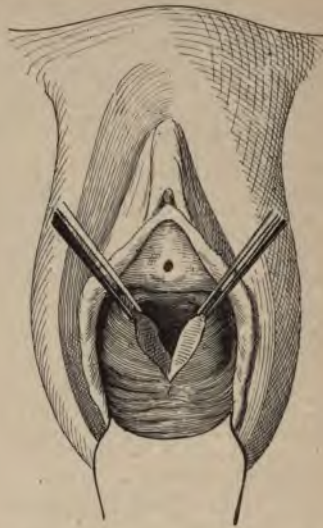


Fig. 99. — Opération de Dudley. — Écartement des deux lèvres de l'incision.

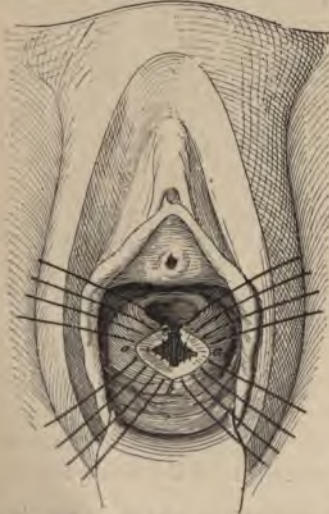


Fig. 100. — Opération de Dudley. Disposition des sutures postérieures. Reploiement de chacune des lèvres de l'incision médiane.

médiane, dans toute sa hauteur, c'est-à-dire jusqu'au-dessous de l'insertion vaginale (fig. 98).

2^e temps : Suture transversale de chacune des lèvres de l'incision. — On se trouve alors en présence des deux lèvres cruentées (fig. 99) résultant de cette section médiane postérieure du col. Chaque lèvre est saisie en son milieu par une pince à griffes; le chirurgien tient une de ces pinces; l'autre est confiée à un aide.

Au lieu de réunir, l'une à l'autre, ces deux lèvres par des

points transversaux de façon à redonner au col sa forme primitive, il faut replier séparément chaque lèvre en deux moitiés qu'on réunit (fig. 100) par des points de suture antéro-postérieure; on transforme ainsi l'incision verticale et médiane primitive en une ligne de suture transversale; d'où un double résultat : élargissement de l'orifice et de la cavité du col, diminution de hauteur de la face postérieure du col et report en arrière de son orifice externe.

On fera cette suture de la manière suivante, facile à comprendre si l'on se reporte aux fig. 100 et 101. On opère successivement sur chaque lèvre de l'incision cervicale. En tirant en dehors la pince amarrée sur le milieu de la lèvre, on infléchit celle-ci en un angle à ouverture interne, tournée vers la cavité cervicale; il s'agit de suturer l'une à l'autre les deux branches de cet angle. Une aiguille courbe, chargée de catgut (Dudley s'était servi, dans ses 14 opérations, de crin de Florence, mais il faut

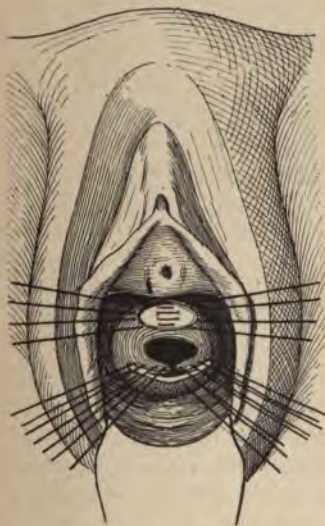


Fig. 101. — Opération de Dudley. — Passage des fils au niveau de la lèvre antérieure du col.

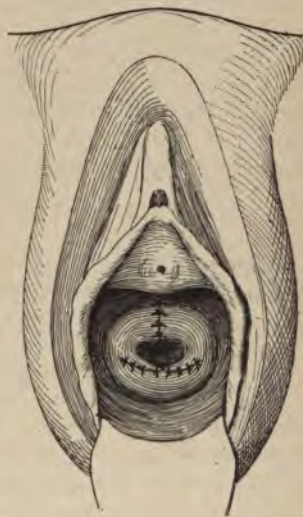


Fig. 102. — Opération de Dudley. — Forme et situation de l'orifice externe du col quand les sutures sont terminées.

alors enlever les fils), pénètre à l'extrémité antérieure de la lèvre de l'incision, au niveau du museau de tanche, puis vient

traverser la même lèvre, tout à fait en arrière, vers l'angle terminal de l'incision. En nouant le fil, on met en contact ces deux points : la lèvre correspondante de l'incision se trouve entièrement repliée et limite une fente transversale ; il ne reste plus qu'à placer, en dehors du premier fil, un ou deux autres qui réunissent les deux bords de cette fente.

Puis on traite de même l'autre lèvre de l'incision cervicale.

5^e temps : Amputation partielle de la lèvre antérieure du col.

— Si la lèvre antérieure est hypertrophiée, on en résèque alors la portion exubérante ; la section ne doit pas dépasser le niveau du museau de tanche.

Elle laisse une plaie ovalaire à grand axe transversal ; on la suture par quelques catguts passés transversalement (fig. 101), de façon à orienter dans le sens antéro-postérieur cette ligne de réunion, ce qui a pour effet de reporter l'orifice externe du col encore plus en arrière (fig. 102).

Tamponnement vaginal.

III. AMPUTATIONS INTRAVAGINALES DU COL

A. — *Procédé de Schræder.*

(Amputation partielle à un seul lambeau.)

1^{er} temps : Discision bilatérale du col. — On la fait (fig. 103), après dilatation préalable et ordinairement après curettage, de la manière indiquée plus haut.

2^e temps : Taille du lambeau sur la lèvre postérieure du col.

— La pince fixée sur la lèvre antérieure du col est confiée à l'aide. Le chirurgien saisit lui-même la lèvre postérieure au moyen d'une pince à griffes et commence à tailler le lambeau. Le fragment réséqué doit comprendre toute la muqueuse et la plus grande partie (les deux tiers environ) de l'épaisseur du parenchyme cervical ; il faut, en somme, dédoubler la lèvre postérieure du col (fig. 104) en deux moitiés inégales, l'une comprenant la muqueuse vaginale et peu de parenchyme, l'autre la muqueuse utérine et beaucoup de parenchyme (Richelot) ; on supprime ainsi tous les tissus malades et, en même temps, on

donne de la mobilité au lambeau conservé, ce qui facilitera la

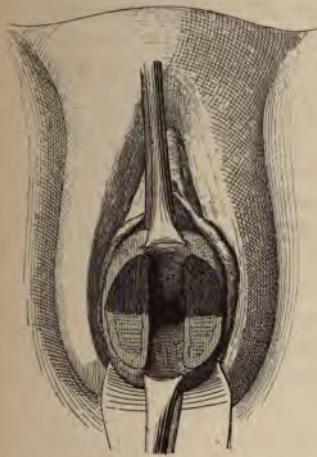


Fig. 103. — Amputation du col à un seul lambeau. — Procédé de Schröder. Discision bilatérale du col.

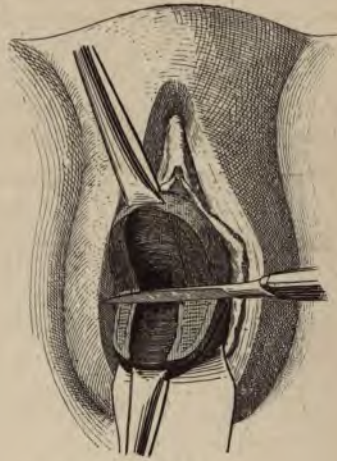


Fig. 104. — Amputation du col. — Procédé de Schröder. Taille du lambeau.

suture et permettra un bon affrontement des surfaces cruentées.

Pour obtenir cette mobilité indispensable, il faut avoir grand soin de donner au fragment réséqué plus d'épaisseur dans la profondeur, c'est-à-dire vers l'orifice interne du col, qu'à la surface, c'est-à-dire au museau de tanche; c'est à ce prix seulement qu'on obtiendra un renversement facile et correct du lambeau vaginal sur la tranche de section du col. Il suffit, pour s'en rendre compte, de comparer les figures 105 et 106 représentant le bon et le mauvais Schröder.



Fig. 105. — Taille correcte des lambeaux pour l'opération de Schröder (d'après Monod et Vanverts).



Fig. 106. — Mauvaise taille des lambeaux pour l'opération de Schröder. Le lambeau est trop épais au niveau de sa base et se repliera mal (d'après Monod et Vanverts).

res 105 et 106 représentant le bon et le mauvais Schröder.

traverser la même lèvre, tout à fait en arrière, vers l'angle terminal de l'incision. En nouant le fil, on met en contact deux points : la lèvre correspondante de l'incision se trouve entièrement repliée et limite une fente transversale ; il ne plus qu'à placer, en dehors du premier fil, un ou deux fils qui réunissent les deux bords de cette fente.

Puis on traite de même l'autre lèvre de l'incision cervicale.

3^e temps : Amputation partielle de la lèvre antérieure

— Si la lèvre antérieure est hypertrophiée, on en résèque la portion exubérante ; la section ne doit pas dépasser le museau de tanche.

Elle laisse une plaie ovale à grand axe transversal ; suture par quelques catguts passés transversalement de façon à orienter dans le sens antéro-postérieur cette réunion, ce qui a pour effet de reporter l'orifice externe encore plus en arrière (fig. 102).

Tamponnement vaginal.

III. AMPUTATIONS. INTRAVAGINALES DU

A. — Procédé de Schröeder

(Amputation partielle à un seul !)

1^{er} temps : Discision bilatérale du col.
après dilatation préalable et ordinaire
la manière indiquée plus haut.

2^e temps : Taille du lambeau sur la

— La pince fixée sur la lèvre antérieure
l'aide. Le chirurgien saisit lui-même
moyen d'une pince à griffes et coupe
Le fragment réséqué doit comprendre la
plus grande partie (les deux tiers)
parenchyme cervical ; il faut
postérieure du col (fig. 101) mais
prenant la muqueuse vaginale
muqueuse utérine et bords
supprime ainsi tous les

noue et le lambeau renversé vient s'appliquer exactement sur la tranche cervicale.

b) *Variante de Doléris* : elle ne diffère du procédé de Schröder que par le trajet qu'on fait décrire au fil. Celui-ci pénètre dans la muqueuse immédiatement au-dessus de la tranche cervicale et, décrivant une courbe dans l'épaisseur du parenchyme utérin, vient ressortir un peu au-dessous de la base du lambeau ; il s'enfonce ensuite une seconde fois (fig. 109) dans le lambeau qu'il traverse, de dedans en dehors, près de son sommet.

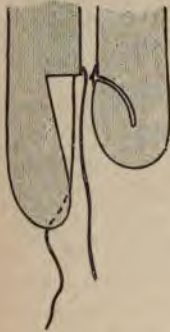


Fig. 108. — Coupe schématisant la disposition des sutures dans le procédé de Schröder (d'après Monod et Vanverts).

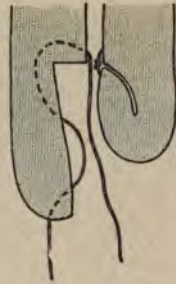


Fig. 109. — Disposition des sutures. — Modification de Doléris (d'après Monod et Vanverts).

c) *Variante de Houzel* : il est toujours dif-

ficile de bien nouer les fils dans les procédés précédents ; souvent ils se desserrent et l'affrontement est alors imparfait. Houzel a proposé d'éviter cet inconvénient par la technique suivante qui permet de nouer le fil dans le cul-de-sac vaginal bien plus facilement accessible que la cavité du col.

Une aiguille courbe à chas mobile est introduite dans la cavité cervicale, pique la muqueuse à 5 millimètres environ au-dessus de la tranche, sur la ligne médiane postérieure, et traverse toute l'épaisseur du col pour ressortir dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Elle y accroche deux fils doubles de catgut et les ramène (fig. 110) dans la cavité cervicale. Les anses des fils doubles sont alors coupées et l'on a, à ce moment, quatre catguts traversant toute l'épaisseur de la lèvre postérieure du col et ayant, chacun, un chef qui pend dans le vagin et un chef qui pend dans la cavité cervicale. Les deux chefs de chaque fil sont repérés par une même pince.

Ces quatre fils vont être disposés en éventail pour assurer la réunion de toute la lèvre postérieure. Voici leur trajet : pour chaque fil, on reprend le chef intracervical et on lui fait tra-

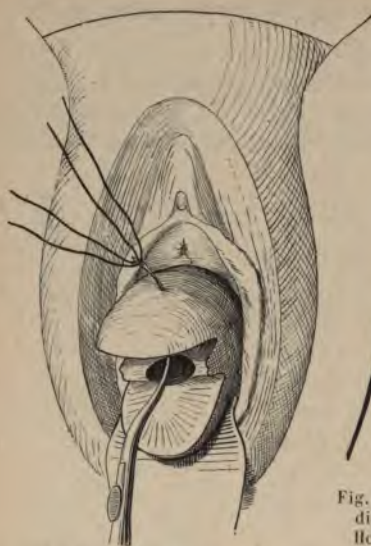


Fig. 110. — Amputation du col. — Variante de Houzel. L'aiguille, traversant toute l'épaisseur du col, vient accrocher deux anses de catgut dans le cul-de-sac vaginal.

verser le lambeau près de son sommet; on l'arrête à ce niveau par un premier nœud (fig. 111).



Fig. 111. — Coupe schématique montrant la disposition des sutures dans le procédé de Houzel.

On comprend qu'il suffit, dès lors, de tirer sur le chef vaginal du même fil pour obtenir un affrontement exact du lambeau et de la tranche cervicale. Quand la tension est complète, il ne reste qu'à nouer ensemble, à la face externe du col, les deux chefs intracervical et vaginal du fil.

Même manœuvre pour les trois autres fils.

4^e et 5^e temps : Taille et suture du lambeau sur la lèvre antérieure. — On ré-

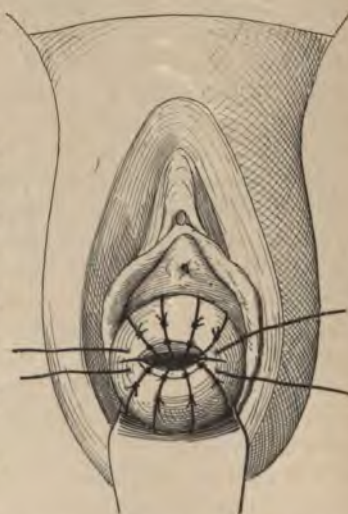


Fig. 112. — Amputation du col à un lambeau. — Variante de Houzel. Opération presque terminée. Il ne reste plus qu'à nouer les fils des commissures.

pète exactement, sur la lèvre antérieure du col, ce qui vient d'être fait sur la lèvre postérieure.

Pendant ce temps, on maintient le col abaissé par traction sur les fils, conservés longs, de la suture postérieure.

6^e temps : Reconstitution des commissures du col. — On achève en régularisant, de deux coups de ciseaux, les angles latéraux des lambeaux qui souvent se soulèvent en petites oreilles, et en y plaçant, de chaque côté, un ou deux points de catgut qui reconstituent les commissures (fig. 112).

Tous les fils sont enfin coupés ras et on place dans le vagin une mèche de gaze non serrée. Premier pansement au bout de 4 ou 5 jours. Il n'y a pas à enlever les fils, si l'on a employé le catgut.

B. — Procédé de Simon-Marckwald.

(Amputation partielle cunéiforme à deux lambeaux).

La résection porte ici surtout sur le parenchyme et peu sur la muqueuse, puisqu'on enlève un fragment cervical en forme de coin à arêtes supérieures; c'est donc habituellement, un procédé inférieur à celui de Schröder dans la métrite glandulaire; nous le croyons plutôt indiqué dans certaines hypertrophies du col.

1^{er} temps : Discision bilatérale du col, comme d'habitude.

2^e temps : Résection cunéiforme de la lèvre postérieure du col. — L'aide relève la pince fixée sur la lèvre antérieure; l'opérateur saisit celle fixée sur la lèvre postérieure. Il la relève d'abord pour se présenter la face vaginale de cette lèvre; avec le bistouri, il entaille cette face et divise, dans la moitié de son

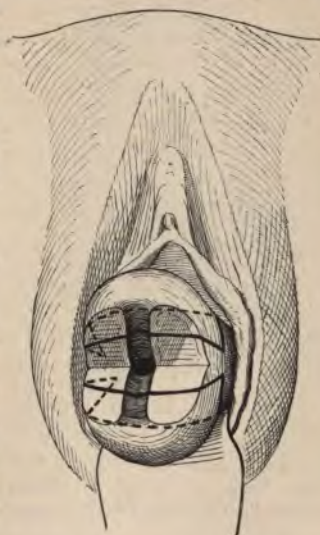


Fig. 115. — Amputation du col à deux lambeaux. — Procédé de Simon-Marckwald. Tracé des incisions.

épaisseur, le col par un trait oblique en avant (vers la cavité cervicale) et en haut (vers l'orifice interne).

Ceci fait, il abaisse la pince fixatrice et se présente la face antérieure ou intracervicale de la lèvre postérieure. Là encore il incise au bistouri, mais en obliquant en haut et en arrière, à la rencontre de la première incision. La convergence de ces deux incisions achève de libérer le fragment cunéiforme (fig. 115) que l'on doit réséquer et laisse en présence deux lambeaux égaux, se regardant par leur face cruentée et revêtus, sur leur face opposée : l'antérieur, par la muqueuse cervicale; le postérieur, par la muqueuse vaginale. Jayle a récemment insisté sur l'utilité qu'il y a à bien éverser la muqueuse utérine.

5^e temps : Suture des deux lambeaux. — On la fait au catgut, à points séparés (fig. 114), avec une aiguille fortement recour-

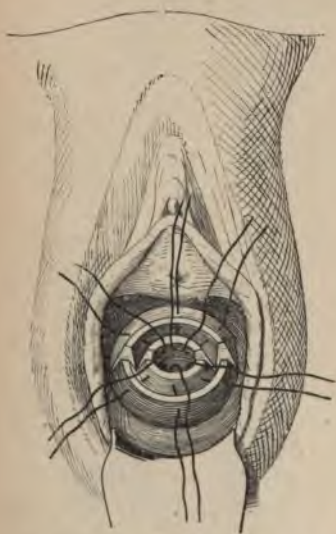


Fig. 114. — Amputation du col à deux lambeaux. — Procédé de Simon-Marcwald. Disposition des sutures.

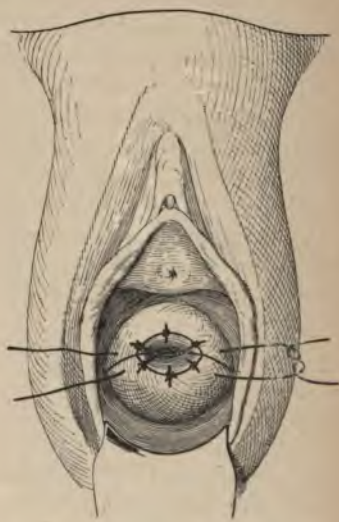


Fig. 115. — Amputation du col, opération terminée. — Il ne reste plus qu'à nouer les fils des commissures.

bée. Cette suture n'offre aucune difficulté; la seule précaution à prendre, pour éviter tout espace mort, est de faire cheminer les fils sous toute l'étendue des surfaces cruentées.

4^e et 5^e temps : Résection cunéiforme et suture de la lèvre antérieure du col. — Mêmes manœuvres que sur la lèvre postérieure.

On termine en plaçant un point sur chaque commissure latérale (fig. 115).

Pansement comme après l'amputation de Schræder.

IV. AMPUTATION SUPRAVAGINALE DU COL

Complètement abandonnée aujourd'hui, au moins en France, dans le traitement du cancer du col utérin, cette opération n'est plus guère employée que dans certaines formes d'allongement hypertrophique du col.

1^{er} temps : Incision circulaire du vagin et libération des faces antérieure et postérieure du col. — Après un curettage préalable, on saisit le col avec une pince à dents et on l'abaisse. Avec le bistouri, on incise circulairement la muqueuse vaginale au ras de l'insertion sur le col; on trace d'abord la demi-circonférence antérieure de cette incision; pour bien exposer la région, l'opérateur attire en arrière le col, pendant que l'aide étale au moyen d'une valve la paroi vaginale antérieure. Une manœuvre analogue expose ensuite le fond du cul-de-sac postérieur et l'on trace la demi-circonférence postérieure de l'incision.

Ceci fait, on revient au cul-de-sac antérieur et, avec l'ongle du pouce, ou la pointe de ciseaux mousses fermés, on détache l'insertion du vagin en raclant la face antérieure du col, avec laquelle il faut toujours rester en contact.

Ce décollement est d'abord un peu délicat; puis, dès qu'on a dépassé en haut l'insertion vaginale, on tombe dans la couche celluleuse intervésico-utérine et le clivage devient facile (fig. 116); on le pousse jusqu'à la hauteur de l'isthme utérin, en restant par conséquent au-dessous du fond du cul-de-sac péritonéal qui ne doit pas être ouvert.

On passe ensuite à la dénudation de la face postérieure du col. Il faut ici redoubler d'attention et rester en contact très intime avec l'utérus : en effet, le cul-de-sac de Douglas descend jusqu'en arrière du vagin et, même avec ces précautions, il

peut arriver qu'on ouvre involontairement le péritoine. L'accident n'est pas grave si l'on est aseptique; il faut immédiatement fermer la brèche par quelques points de catgut.



Fig. 116. Amputation supra vaginale du col. Décollement du vagin.
(D'après Krönig et Döderlein.)

En arrière, comme en avant, on s'arrête quand le décollement a atteint l'isthme utérin.

2^e temps : Ligature des branches cervicales de l'utérine et section de la base du ligament large. — Le col, libéré en avant et en arrière, ne tient plus que par ses bords latéraux sur lesquels viennent s'insérer, de chaque côté, des lames fibreuses placées de champ qui représentent la base des ligaments larges. Reste donc à couper ces deux lames; on le fait au ras du col, pour éviter sûrement l'uretère; on passe donc en dedans de la crosse que décrit l'utérine et il n'y a pas à lier le tronc de cette artère. Mais, dans la base du ligament large que l'on va sectionner, cheminent toutes les branches cervicales de l'utérine;

d'où la nécessité de lier en masse les tissus avant de les couper.

On fait la ligature et la section successivement de chaque côté.

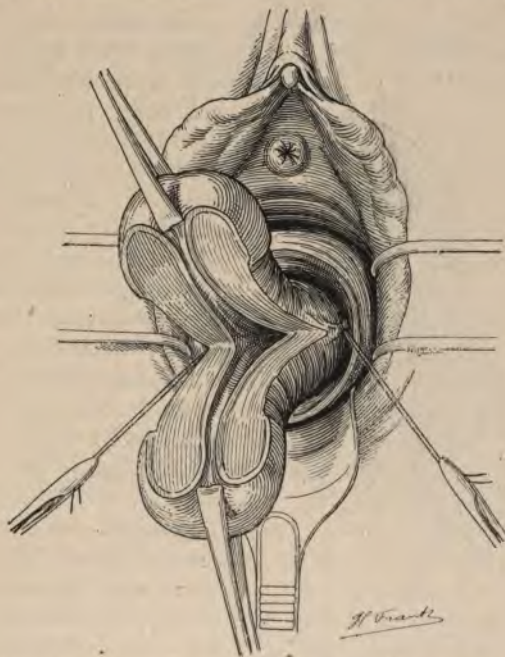


Fig. 117. — Amputation supra-vaginale. Discision bilatérale du col.
(D'après Krönig et Döderlein.)

Pour le côté droit, on attire le col à gauche, pendant que l'aide écarte, avec une valve étroite, la paroi droite du vagin. Au fond du cul-de-sac latéral incisé, le doigt ou la sonde cannelée va dilacerer les tissus latéro-utérins et isoler la lame transversale que forme la base du ligament large. Quand celle-ci est bien dénudée, en avant et en arrière, jusqu'à la hauteur de l'isthme, on la traverse, à ce niveau, à 5 ou 4 millimètres du bord utérin, par une aiguille courbe chargée d'un fil de catgut. Ce fil étreint en masse toute la base du ligament large et, lorsqu'il est bien serré, on coupe en dedans de lui, au ras du col.

Mêmes manœuvres du côté gauche.

Le col, entièrement libéré dans toute sa hauteur, se laisse complètement abaisser.

5^e temps : Amputation du col. — La section porte à la hauteur de l'isthme : c'est une amputation totale du col. On peut faciliter ce temps en faisant d'abord la discision bilatérale du col dans toute sa hauteur (fig. 117), puis en amputant successivement la moitié antérieure, puis la moitié postérieure. On peut aussi faire la section d'un seul coup.



Fig. 118. — Amputation supra-vaginale du col. — Coupe schématique antéro-postérieure montrant l'incision cunéiforme et le trajet des sutures. (Monod et Vanverts.)

Il est préférable de ne pas faire une section transversale, *en rave*, mais bien de creuser le moignon vers sa partie centrale, de faire une *amputation conoïde* (fig. 118) (Huguier, Ilégar). Les sections, faites au bistouri, seront donc dirigées en haut et vers la cavité utérine, c'est-à-dire en avant pour la moitié postérieure, en arrière pour la moitié antérieure du col.

4^e temps : Suture. — Il ne reste plus qu'à réunir complètement la plaie en suturant exactement la tranche vaginale à la tranche utérine. Cette suture (catgut, points séparés) ne présente rien de particulier.

Pansement comme après l'amputation intra-vaginale.

CHAPITRE III

OPÉRATIONS VAGINALES DANS
LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES

Nous ne nous occuperons ici que des rétrodéviations. C'est à elles que l'on aura affaire dans la majorité des cas justiciables d'une intervention chirurgicale.

Dans l'antéversion, on peut employer l'*opération de Dudley* qui a été décrite au chapitre précédent (page 91). L'antéflexion ne crée que bien rarement une indication opératoire : on pratiquerait alors le redressement utérin au moyen de séances de dilatation répétées.

Les opérations vaginales proposées contre la rétrodéviations sont nombreuses. Nous ne parlerons pas du raccourcissement et de la fixation vaginale des ligaments ronds; cette opération est plus difficile que le raccourcissement par voie inguinale ou par voie abdominale et ne saurait donner de meilleurs résultats.

Restent donc, d'une part, les interventions qui ont pour but le redressement de l'utérus rétrofléchi : ce sont la *cunéo-hystérectomie antérieure vaginale* de Follet et le *redressement vaginal* de Doyen; et, d'autre part, les *hystéropexies vaginales* (colpo-hystéropexie, ou vagino-fixation), dans lesquelles on suture la face antérieure du corps de l'utérus au vagin.

I. CUNÉO-HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ANTÉRIEURE

1^{er} temps : Incision du cul-de-sac antérieur du vagin et du cul-de-sac péritonéal préutérin. — Le col étant attiré en

arrière et abaissé au moyen d'une pince fixatrice, on incise transversalement le fond du cul-de-sac antérieur au niveau de son insertion sur le col.

Puis on sépare, avec le doigt, la vessie du col utérin, jusqu'à ce qu'on arrive sur le fond du cul-de-sac vésico-utérin. Celui-ci est reconnu et largement incisé en travers, de façon à permettre l'introduction facile de 2 ou 5 doigts dans la cavité péritonéale.

2^e temps : Exploration du bassin, libération et abaissement de l'utérus dans le vagin. — Les doigts, ainsi introduits dans la cavité pelvienne, reconnaissent le corps utérin et le contournent en détruisant les adhérences qui le fixent en rétroversion. Cette manœuvre est facile pour les adhérences antérieures; en arrière, au contraire, elle est toujours difficile et souvent impossible, si bien qu'il a fallu parfois ouvrir le cul-de-sac postérieur pour aller directement explorer le Douglas. Mieux vaut d'ailleurs, toutes les fois qu'on soupçonne des adhérences solides et étendues, intervenir par l'abdomen.

Quand ils ont ainsi complètement libéré et mobilisé l'utérus, les doigts en accrochent le fond et le font basculer en avant, dans la plaie vaginale.

3^e temps : Résection cunéiforme et suture de l'utérus. — L'organe, étant ainsi attiré dans le vagin, devient facilement accessible aux instruments.

Sur sa face antérieure, à la hauteur de l'inflexion qui correspond habituellement à l'isthme, on décolle le péritoine et on circonscrit, par deux incisions transversales et légèrement courbes, une surface elliptique occupant toute la largeur de l'utérus et haute de 15 à 20 millimètres. C'est la base du fragment cunéiforme qu'il faut maintenant réséquer en taillant obliquement dans le muscle utérin; le sommet du coin doit affleurer la muqueuse utérine sans l'intéresser.

La résection faite, on réunit l'une à l'autre les deux lèvres de la plaie utérine par 4 points de catgut placés verticalement.

4^e temps : Réduction de l'utérus, suture du cul-de-sac péritonéal préutérin et suture de l'incision vaginale.

II. REDRESSEMENT VAGINAL DE L'UTÉRUS (PROCÉDÉ DE DOYEN)

1^{er} temps : Redressement de l'utérus par traction sur le col. — Deux pinces saisissent le col et l'attirent fortement en bas

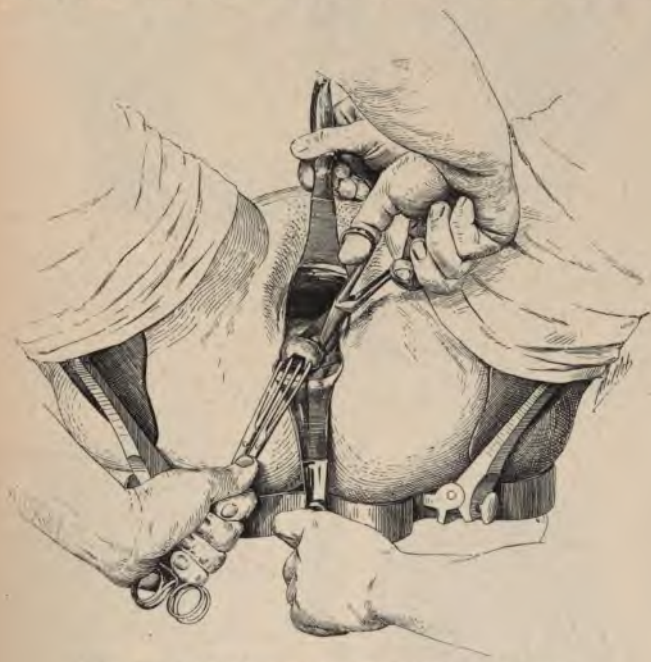
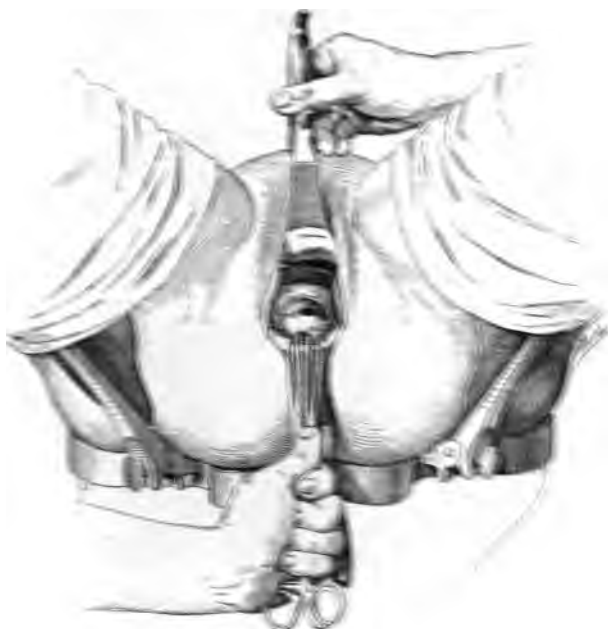


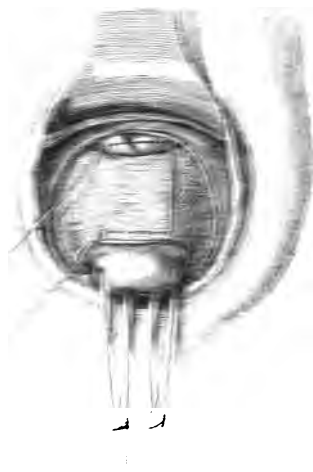
Fig. 119. — Redressement vaginal de l'utérus rétrofléchi.
Section du cul-de-sac antérieur. (Doyen.)

(fig. 119); cette simple manœuvre suffit à opérer le redressement et il est inutile d'introduire un hystéromètre.

2^e temps : Incision du vagin et ouverture du cul-de-sac péritonéal préutérin. — Comme dans la cunéo-hystérectomie antérieure, les pinces fixatrices attirent de plus en plus le col en bas et en arrière (fig. 120).



... et = Ausdruck des Interesses verbunden mit einem der oben
genannten Begriffe, Davor.



reflections.—Apply 30 grains of the powder to the surface of the eye.

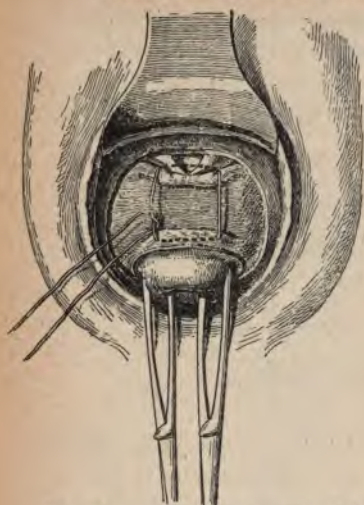


Fig. 122. — Redressement vaginal de l'utérus rétrofléchi. — Le premier fil est noué mais non serré. (Doyen.)

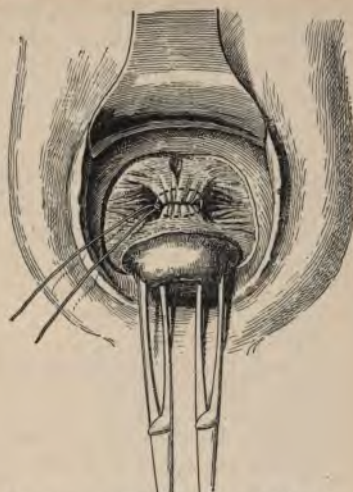


Fig. 123. — Redressement vaginal de l'utérus rétrofléchi. — Le fil une fois serré, la paroi utérine antérieure se trouve raccourcie. (Doyen.)

portion sus-vaginale du col, à une distance du premier variable suivant l'étendue du redressement à obtenir. En nouant les deux chefs (fig. 122 et 123),

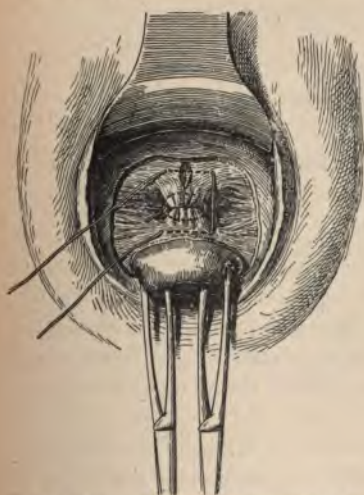


Fig. 124. — Redressement vaginal de l'utérus rétrofléchi. — Application du second fil. (Doyen.)

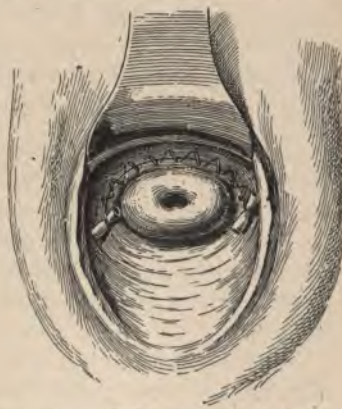


Fig. 125. — Redressement vaginal de l'utérus rétrofléchi. — Opération terminée. (Doyen.)

la paroi utérine antérieure se trouve raccourcie de toute la distance qui les séparait primitivement.

Au-dessus de cette première anse, on en place une seconde qui décrit un trajet absolument analogue (fig. 124) et renforce le redressement.

4^e temps : Suture du cul-de-sac antérieur du vagin (fig. 125). — (Doyen combine habituellement cette opération avec le raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds, fait dans la même séance.)

III. HYSTÉROPEXIE VAGINALE

Depuis les premières opérations, très imparfaites, de von Rateau et de Schücking, de très nombreux procédés ont été imaginés. Les meilleurs et les plus employés sont ceux de Mackenrodt et de Dührssen, en Allemagne, où l'opération est plus en faveur que chez nous; de Richelot et de Le Dentu et Pichevin, en France.

Nous laissons de côté la *vésico-fixation* de Mackenrodt, actuellement abandonnée par son auteur lui-même.

Procédé de Le Dentu et Pichevin.

Il est souvent indiqué de faire précéder l'opération d'une amputation intravaginale du col. Dans tous les cas, on commencera par un curetage.

1^{er} temps : Incision vaginale. — Une pince, fixée sur la lèvre antérieure, abaisse le col. Sur le vagin, on place trois pinces tire-balles destinées à bien étaler la paroi antérieure : l'une est, immédiatement en arrière de l'orifice urétral, sur le tubercule antérieur du vagin; les deux autres sont fixées sur les parois latérales.

On trace alors, au bistouri, une incision verticale et médiane (fig. 126), commençant à 1 centimètre en arrière de l'urètre et finissant à $3/4$ de centimètre en avant du col.

Les deux lèvres de cette incision sont alors disséquées sur

une largeur d'au moins 2 centimètres (fig. 127), en séparant la paroi vaginale de la vessie. Si le vagin est très large et s'il est

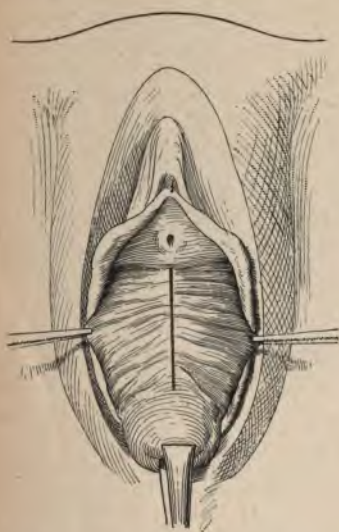


Fig. 126. — Colpo-hystéropexie antérieure. — Procédé de Le Dentu-Pichevin. Tracé de l'incision.

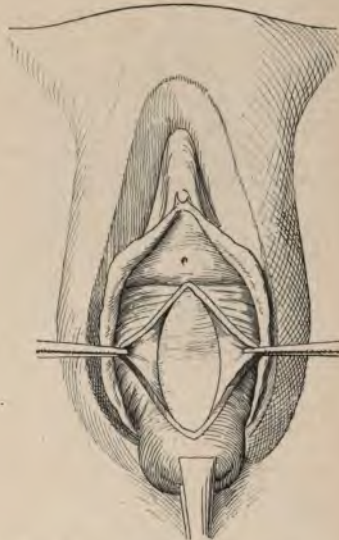


Fig. 127. — Colpo-hystéropexie antérieure. — Procédé de Le Dentu-Pichevin. Dissection des lambeaux vaginaux.

indiqué de le rétrécir, il faut pousser plus loin cette dissection et réséquer, à droite et à gauche, un lambeau vaginal de dimensions suffisantes.

2^e temps : Ouverture du cul-de-sac péritonéal. — Dans leurs premières opérations, Le Dentu et Pichevin introduisaient alors un hystéromètre ou une pince-hystéromètre spéciale; cette manœuvre est inutile et ils l'ont abandonnée aujourd'hui.

Aussitôt que la dissection des lambeaux vaginaux est achevée, il faut donc, avec l'index, décoller la vessie (fig. 128) du col utérin jusqu'au péritoine, puis la faire soulever par une petite valve.

Le cul-de-sac vésico-utérin reconnu, il faut l'ouvrir pour pouvoir fixer le corps utérin lui-même; on incise donc la séreuse (fig. 129) d'un coup de ciseaux.

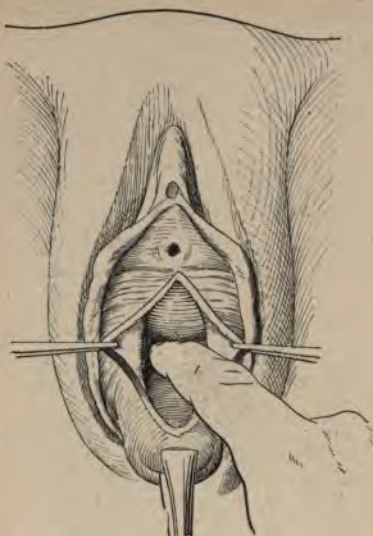


Fig. 128. — Colpo-hystéropexie antérieure. — Procédé de Le Dentu-Pichevin. Décollement de la vessie.

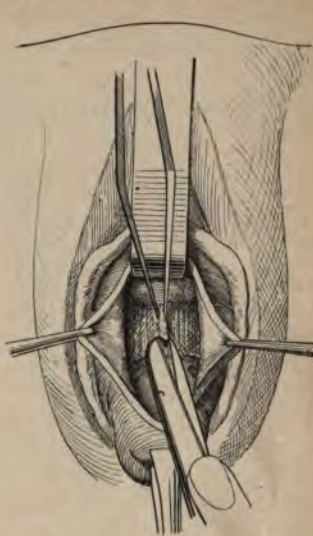


Fig. 129. — Colpo-hystéropexie antérieure. — Procédé de Le Dentu-Pichevin. Ouverture du cul-de-sac péritonéal.

3^e temps : *Libération et abaissement de l'utérus.* — On profite de cette ouverture de la séreuse pour introduire deux doigts qui vont explorer l'utérus et les annexes.

Il faut ensuite faire basculer l'utérus en avant et l'abaisser. On y arrive en plaçant sur les parties accessibles de l'organe des fils de traction : on en met 2 ou 3 sur des points de plus en plus élevés de la face antérieure, jusqu'à ce que le fond devienne accessible.

4^e temps : *Fixation vaginale de l'utérus.* — On emploie pour les sutures de la soie plate.

Le premier fil (fig. 150) doit être placé haut sur la paroi utérine; néanmoins, comme dans toute hystéropexie, il faut respecter le fond de l'organe et ne pas dépasser la ligne horizontale passant par l'insertion du ligament rond⁽¹⁾. Du côté du

(1) Pichevin, d'ailleurs, n'emploie plus la vagino-fixation chez les femmes qui sont susceptibles d'avoir des enfants, et elle doit être *absolument rejetée* s'il y a possibilité de grossesse ultérieure.

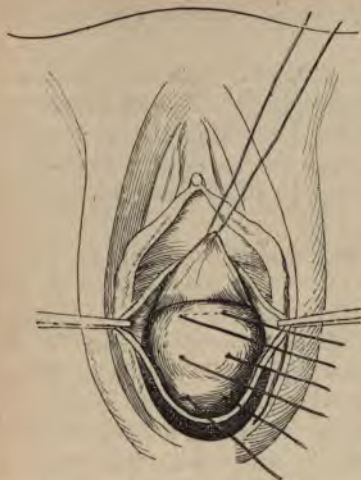


Fig. 130. — Colpo-hystéropexie antérieure. — Procédé de Le Dentu-Pichevin. Passage des fils au niveau de la paroi utérine.

dedans en dehors, la lèvre droite de l'incision vaginale, à 5 millimètres de son bord libre.

On place ensuite 5 autres fils fixateurs, réunissant de la même façon l'utérus au vagin; ils s'étagent sur la paroi utérine, du fond vers le col.

Entre ces 4 fils utéro-vaginaux, on place 4 fils qui ne prennent que les bords de l'incision vaginale (fig. 125); on fait donc alterner les fils fixateurs de l'utérus avec des fils de simple affrontement vaginal.

PROEST.

vagin, ce même fil sera placé le plus près possible du méat urétral.

Il décrit le trajet suivant : il traverse d'abord, de dehors en dedans, la lèvre gauche de l'incision vaginale, à 5 millimètres au moins de son bord libre; puis il décrit, de gauche à droite, dans la paroi antérieure de l'utérus, à une profondeur de 4 ou 5 millimètres, un trajet transversal de 1 centimètre; il ressort enfin en traversant, de

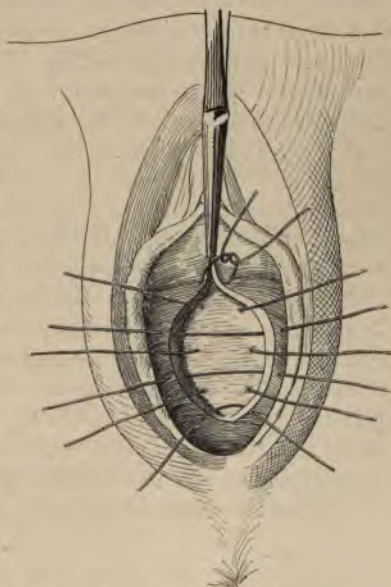


Fig. 131. — Colpo-hystéropexie antérieure. — Procédé de Le Dentu-Pichevin. Disposition des sutures.

On enlève, au fur et à mesure, les fils à traction utérine devenus inutiles.

Quand tous les fils utéro-vaginaux, ou simplement vaginaux, sont placés, on les noue, en commençant par le plus antérieur.

Il faut habituellement terminer l'opération par une colpopérinéorrhaphie.

Le Dentu et Pichevin n'enlèvent les fils fixateurs qu'au bout de trois semaines.

Actuellement, à l'étranger, on préconise beaucoup, contre le prolapsus chez les femmes d'un certain âge, l'opération de Schauta-Wertheim qui consiste à inclure et à fixer dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale l'utérus qu'on bascule en antéversion complète après avoir pratiqué la section bilatérale des trompes destinée à empêcher les grossesses ultérieures.

L'opération s'exécute comme suit : incision longitudinale de la paroi vaginale antérieure, puis ouverture transversale du cul-de-sac péritonéal antérieur comme dans le procédé de vaginofixation décrit plus haut. Le fond de l'utérus est alors amené au dehors. Les trompes sont sectionnées entre deux ligatures au niveau de leur insertion utérine. L'utérus est alors basculé de manière à ce que sa face postérieure soit complètement exposée, et, s'il est de dimensions convenables pour prendre place dans la loge inter-vésico-vaginale, on suture immédiatement sa face postérieure à hauteur du col à la lèvre antérieure du cul-de-sac péritonéal. (Si l'utérus est trop gros, au lieu de cette opération, on pratique l'hystérectomie.) Puis on laisse l'utérus se redresser jusqu'à ce que sa face postérieure se mette en contact avec la face cruentée vésicale. Par devant la face antérieure de l'utérus ainsi placé, on ramène de chaque côté les lèvres de l'incision vaginale et on les suture au corps utérin de manière à le recouvrir en partie, mais en ayant soin toutefois de laisser à nu une petite zone de sa partie médiane, afin d'éviter une trop forte saillie vaginale à ce niveau. Suivant Döderlein cette zone s'épidermise par la suite, si bien que plus tard la paroi vaginale se trouve parfaitement reconstituée.

CHAPITRE IV

OPÉRATIONS VAGINALES CONSERVATRICES
DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES
UTÉRINS

Nous étudierons ici successivement l'ablation des polypes fibreux à évolution vaginale, opération très simple et qui a toujours été pratiquée; puis l'énucléation par le vagin des fibromes sous-muqueux sessiles, ou *myomectomie vaginale* : elle peut se pratiquer après discision bilatérale du col, suivant l'ancien procédé d'Amussat, complété par le morcellement de Péan; c'est la méthode qu'ont récemment défendue P. Segond, au Congrès international de 1900, et son élève Dartigues, dans sa thèse (1901); on peut aussi faire la myomectomie vaginale à la faveur d'une incision médiane de la paroi antérieure de l'utérus, analogue à celle du début de l'hystérectomie vaginale : c'est ce que Doyen préconisait dès 1892. Nous décrirons la technique de ces deux interventions.

Nous laisserons de côté la myomectomie vaginale par incision médiane postérieure de l'utérus, qui n'a guère été employée et ne présente aucun avantage sur les opérations précédentes, et les *myomectomies transvaginales*, opérations d'exception, dans lesquelles on incise un cul-de-sac vaginal pour arriver sur un fibrome sous-péritonéal ou intraligamentaire.

I. ABLATION DES POLYPES FIBREUX A ÉVOLUTION VAGINALE
(POLYPECTOMIE VAGINALE)

La *préparation de la malade* sera la même que pour une grande opération; on peut d'ailleurs être forcé de pratiquer l'hystérectomie, et il faut avoir à sa disposition les instruments nécessaires.

1° *Lorsque le polype est de dimensions moyennes*, son ablation est des plus simples. La dilatation du col est habituellement inutile, même si la tumeur n'a pas été accouchée dans le vagin, et si elle reste incluse dans la cavité utérine; si cependant elle était nécessaire, on la ferait avec les bougies d'Hégar. Le polype est reconnu, saisi avec une ou deux pinces à tractions, abaissé et tordu jusqu'à ce qu'il se détache. Cette manœuvre, simple et assurant l'hémostase, suffit aux cas de pédicules minces.

Lorsque le pédicule est plus volumineux, il est plus prudent d'aller le saisir entre les mors d'une pince, et de le sectionner au-dessous. La pince peut-être laissée en place pendant 48 heures ou mieux, le pédicule sera lié avec un fort catgut.

2° *Lorsque le polype est trop volumineux pour pouvoir être extrait par les voies naturelles*, il faut le morceller, et cela aussi bien lorsqu'il est entièrement contenu dans la cavité utérine, que lorsqu'il franchit l'orifice du col pour venir faire saillie dans le vagin.

La tumeur vaginale, s'il y en a une, est donc saisie au moyen de grandes pinces à crochets ou d'un tire-bouchon, et attaquée en son centre, qu'il faut évier pour en réduire le volume : on peut, à volonté, soit enlever des fragments conoïdes du fibrome, suivant la technique qui sera décrite à propos de la myomectomie, soit employer le tube tranchant de Doyen qui découpe rapidement des cylindres dans la tumeur.

Ce n'est que quand le morcellement sera suffisamment avancé, qu'on pourra reconnaître et traiter le point d'implantation du fibrome. S'il s'insère sur l'une des lèvres du col, la torsion ou la section du pédicule se fera sans la moindre difficulté; s'il y a, au contraire, une masse néoplasique intra-utérine, il faudra maintenant la réduire par morcellement jusqu'à ce qu'on puisse l'extraire en totalité. Les manœuvres sont alors très analogues à celles que nous décrirons pour les fibromes non pédiculés.

II. MYOMECTOMIES VAGINALES

A. — Énucléation des fibromes par hystérectomie cervico-vaginale uni- ou bilatérale (procédé de Paul Segond) ⁽¹⁾.

La malade, préparée comme pour une hystérectomie vaginale, est placée en position dorso-sacrée.

On peut commencer par un curettage utérin, mais celui-ci sera toujours forcément incomplet par suite de la présence de la tumeur. Dans tous les cas, on explorera l'utérus à l'hystéromètre, pour s'assurer, autant que possible, du nombre et du siège des fibromes.

1^{er} temps : Incision commissurale du col uni- ou bilatérale. — Le col saisi sur chaque lèvre par une pince de Museux, abaissé et amené à la vulve, on le sectionne aux ciseaux au niveau d'une commissure jusqu'à l'isthme et même au delà, en empiétant au besoin sur le bord latéral correspondant du corps; l'incision entame donc quelque peu l'insertion du cul-de-sac latéral du vagin. Lorsqu'on la prolonge au delà de l'isthme, il faut s'avancer plus en dedans vers le canal utérin qu'en dehors, où est l'artère.

Rarement (un quart des cas, d'après Dartigues), cette incision unilatérale est suffisante; habituellement, il faut la faire de chaque côté et fendre transversalement le col en « gueule de four ».

Cette section est presque toujours exsangue; parfois cependant il faut s'occuper de l'hémostase qui sera assurée par quelques longues pinces de Kocher appliquées dans l'angle dièdre de section de l'utérus ou sur une artériole aperçue.

2^e temps : Exploration de l'utérus. — « Par le large accès donné par l'hystérotomie cervico-vaginale latérale, on expose l'utérus : quelquefois la tumeur, bombant à travers l'utérus

(1) La description de ce procédé est entièrement empruntée à la thèse de Dartigues (Paris, 1900), où l'on trouvera très complètement exposée toute la chirurgie conservatrice des fibromes.

bivalve, vient s'offrir à la vue; il n'est guère alors possible et utile d'explorer davantage : on n'a qu'à commencer immédiatement le morcellement. Le plus souvent, on peut introduire l'index tout entier que l'on promènera sur les faces, les bords, les angles de la cavité utérine, et l'on se rendra compte, de cette façon, du siège exact du fibrome, reconnaissable à sa consistance plus dense, de son volume, du point où il est le plus aisément accessible, de la place où il y aura avantage à pratiquer la première implantation du tire-bouchon.

« Cette investigation méthodique sera facilitée en pratiquant l'abaissement de l'utérus par la traction sur les pinces appliquées sur les lèvres du col, et surtout par le toucher bimanuel abdomino-intra-utérin : une main à l'hypogastre abaissant le fond utérin, un doigt ou même deux dans la cavité utérine. »

5^e temps : Morcellement du fibrome. — « La cavité utérine étant explorée, l'index placé sur la partie la plus saillante ou la plus accessible du fibrome, avec l'ongle simplement, on cherche, pour arriver sur le tissu propre de la tumeur, à déchirer la muqueuse, à effondrer la coque péri-fibreuse, en dissociant les fibres musculaires; si le fibrome est visible d'emblée, on pourra faire ce débridement de la capsule au bistouri. La déchiscence de la coque étant ainsi obtenue, on décortique avec l'extrémité du doigt, dans une certaine étendue et dans la mesure des limites possibles, le fibrome qui fait ainsi hernie, reconnaissable facilement à son aspect blanchâtre, à travers les lèvres retroussées de la plaie musculo-muqueuse.

« On a, de cette façon, une aire de fibrome dégagé où l'application du tire-bouchon est directe. On enfonce celui-ci de quelques tours, et quand on sent bien la tumeur en main par l'intermédiaire de cet instrument, on continue la décortication et l'on procède à l'énucléation pure et simple, si le fibrome est petit; on commence immédiatement le morcellement dans le cas contraire.

« C'est un morcellement par évidemment conoïde en plein fibrome, avec le tire-bouchon comme axe. Avec la main droite, armée du couteau à long manche, à lame lancéolaire

légèrement recourbée et bitranchante de Segond, on plonge **franchement** cet instrument dans le tissu fibreux et un peu **obliquement** vers la pointe du tire-bouchon jusqu'à ce qu'on ait la sensation d'être au-dessus d'elle : alors seulement, par des mouvements légers de va-et-vient, on décrit une sorte de **circumduction** (fig. 152) qui ramène le couteau à son point de

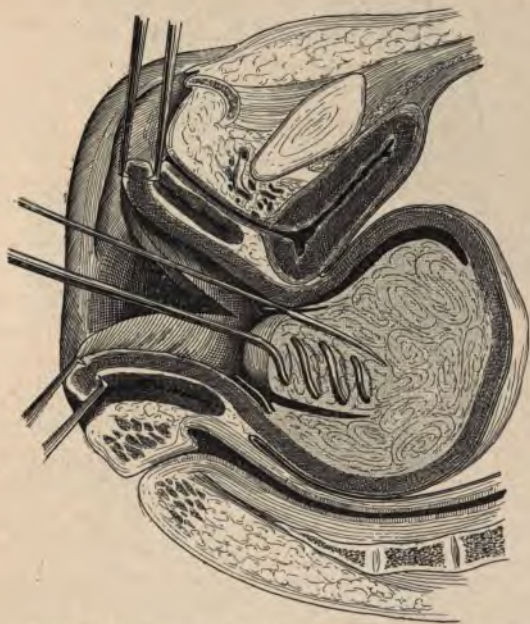


Fig. 152. — Hystérotomie cervico-vaginale. — Procédé de P. Segond. Le couteau décrit autour des spires du tire-bouchon un mouvement de circumduction. (D'après Dartigues.)

départ. Le tire-bouchon cède sous l'effort : il a entraîné avec lui un fragment conique du fibrome. On continue la même manœuvre plusieurs fois (fig. 153), autant qu'il est nécessaire pour diminuer le volume de la tumeur.

« Quand le morcellement est assez avancé, quand le plan de clivage capsulaire est trouvé, on peut introduire des écarteurs étroits dans l'utérus lui-même : ils écartent fort bien et protègent les parois utérines ; mais ils ne sont pas toujours nécessaires.

« Les derniers morceaux de l'évidement sont les plus gros, ce qui se comprend; car le fibrome, une fois réduit de volume, permet au doigt une action plus efficace et une possibilité plus grande de trouver le plan de clivage : alors, par des mouve-

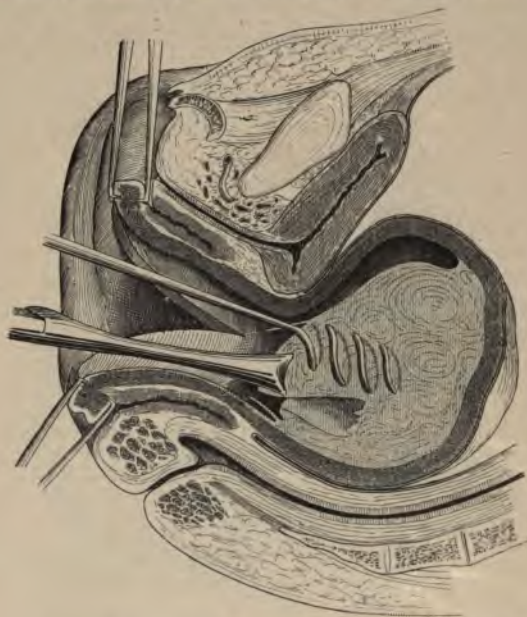


Fig. 155. — Hystérotomie cervico-vaginale. — Procédé de P. Segond: Un premier cône fibreux a été détaché. Le fibrome étant maintenu par la pince, le tire-bouchon est revissé. (D'après Dartigues.)

ments de traction, de torsion, de rotation combinés, s'opère le désenclavement, quelquefois presque spontané, de la partie supérieure de la tumeur qui vient en bloc à la vulve.... Mais il est d'autres cas, où le fibrome, solidement incrusté, résiste jusque dans ses dernières attaches, sans jamais offrir les zones de décollement espérées; on est obligé d'aller jusqu'au bout de l'extraction par le morcellement, mais il faut alors se méfier, et la prudence conseille de substituer au tire-bouchon, comme instrument de prise, des pinces à abaissement, et quelquefois, au couteau à double tranchant, de longs ciseaux courbes, de peur de traverser la paroi utérine à la fin de l'opération. »

Cette manœuvre de morcellement et d'énucléation sera répétée de la même façon pour chaque fibrome, s'il y en a plusieurs.

4^e temps : Traitement des loges fibreuses déshabitées et de la cavité utérine. — On commence par explorer la cavité utérine avec le doigt surtout, parfois aussi avec l'extrémité mousse d'une grosse bougie d'Hégar : on vérifie qu'il n'y a pas de solution de continuité de la coque utérine, on reconnaît les loges d'énucléation et la cavité utérine elle-même.

Il faut d'abord assurer l'hémostase de ces loges ; il est rare que quelque point saigne assez abondamment pour nécessiter l'application de pinces à demeure. On régularise en réséquant, aux ciseaux courbes, les lambeaux capsulaires irréguliers ; puis on nettoie la cavité utérine et les loges fibreuses, non pas avec une grande injection, mais en les essuyant avec des compresses montées imbibées de sublimé ou d'eau stérilisée chaude à 50 degrés.

On termine par le tamponnement des loges d'énucléation et de la cavité utérine au moyen de lanières de gaze stérilisée ou mieux de mèches ourlées en nombre variable, suivant la capacité des loges, en ayant soin de faire ressortir une de leurs extrémités dans le vagin, afin d'éviter l'oubli de l'une d'elles dans l'utérus au cours des pansements.

5^e temps : Suture du col. — Elle n'est pas indispensable, et on a pu s'en passer dans un tiers des cas de Dartigues. On suturera quand l'utérus aura été largement fendu sur les bords, quand une petite hémorragie pourra être arrêtée par la simple coaptation des lèvres du col. On ne suturera pas si l'incision n'est pas très profonde ni hémorragique, si l'on a été obligé de placer des pinces à demeure, si l'on veut laisser la cavité utérine largement béante pour assurer un bon drainage.

Si l'on se décide pour la suture, on la fera par 3 ou 4 points de catgut ; la seule précaution à prendre est d'éviter de coincer les mèches de gaze intra-utérines.

Tamponnement vaginal. Pas de sonde à demeure.

Suites opératoires. — Premier pansement le 5^e jour : ablation des mèches vaginales et intra-utérines ; lavage des cavités par une injection chaude sous faible pression, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair ; remise en place de nouvelles mèches.

Ce pansement est renouvelé au bout de 3 à 4 jours, puis à partir du 12^e jour on ne fait plus que des injections quotidiennes.

La malade se lève vers le 20^e jour.

L'involution utérine (retour de l'organe à ses dimensions normales), quelquefois très rapide (10 jours), exige habituellement un à deux mois.

B. — Énucléation des fibromes par hystérotomie vaginale médiane antérieure (procédé de Doyen).

1^{er} temps : Libération du col. — Le col étant abaissé à la vulve et les parois vaginales écartées par deux valves, on incise l'insertion du vagin sur le col comme au début d'une hystérectomie. Ce n'est qu'au cas de fibrome très volumineux qu'il faut inciser circulairement cette insertion et ouvrir le cul-de-sac postérieur. Habituellement, il suffit d'inciser seulement la demi-circonférence antérieure de l'insertion vaginale.

Puis on décolle, en avant et sur les côtés, avec le doigt, la vessie de l'utérus, comme dans le premier temps d'une hystérectomie vaginale. La vessie libérée est soulevée au moyen d'une valve étroite.

On doit autant que possible éviter l'ouverture du cul-de-sac péritonéal, quoique cette ouverture ne présente aucun danger si l'opération est conduite aseptiquement.



Fig. 134. — Hystérotomie vaginale médiane antérieure pour fibrome. — Incision longitudinale du col de l'utérus. (Doyen.)

2^e temps : Section médiane antérieure de l'utérus. — « Aux ciseaux, dont une des lames est introduite dans la cavité utérine et l'autre appliquée sur la face antérieure de l'utérus, on pratique sur le col et le segment inférieur du corps de l'utérus une section sur la zone médiane avasculaire (fig. 134). On poursuit cette section plus ou moins haut et pas à pas, selon l'accessibilité plus ou moins éloignée du fibrome, ou selon le jour que

l'on désire se donner. » (Dartigues.) L'hémisection médiane rectiligne suffit lorsque le col est largement dilaté. On introduit alors un écarteur à la partie supérieure de l'incision (fig. 155)



Fig. 155. — Hystérotomie vaginale médiane antérieure. — Pose d'un écarteur à la partie supérieure de l'incision utérine. (Doyen.)

pendant que des pinces placées latéralement abaissent l'utérus et le font basculer. Lorsque le col, au lieu d'être effacé, est intact et étroit, il est avantageux de bifurquer l'incision qui prend alors la forme d'un Y ou d'un V (fig. 156). ~

5^e temps : Extirpation du fibrome. — La technique de cette extirpation comprend trois actes fondamentaux :

Perforation centrale du fibrome.

Morcellement en V de sa

paroi antérieure, puis de ses parties latérales.

Extraction du pôle supérieur par bascule et dévidement.

Dès que le pôle inférieur du fibrome est mis en évidence, Doyen y applique l'extrémité d'un de ses tubes tranchants, le plus large qui puisse y avoir accès, et, appréciant de la main gauche appliquée au bas-ventre la profondeur à laquelle il pénètre, il évide le fibrome. Le ou les cylindres ainsi taillés (fig. 157) sont arrachés avec une pince-gouge. Le fibrome, creusé d'une cavité (fig. 158) qui en facilite la préhension, est saisi au niveau de la lèvres antérieure de l'orifice de perforation. Pendant qu'un écarteur refoule la paroi utérine, la surface antérieure du fibrome est incisée en V



Fig. 156. — Hystérotomie vaginale antérieure. — Incision en V. (Doyen.)

(fig. 159), puis morcelée par l'ablation aux ciseaux de volumineux losanges.

D'autres V sont ainsi taillés et d'autres losanges réséqués (fig. 140 A). Lorsque le fibrome

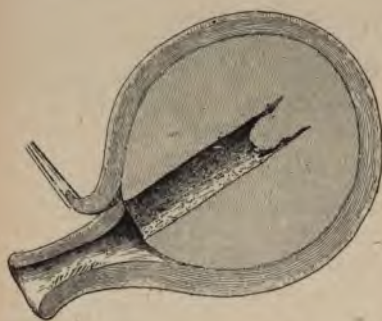


Fig. 158. — Aspect de la perforation centrale du fibrome sur une coupe antéro-postérieure de la figure 129. (Doyen.)



Fig. 157. — Hystérotomie vaginale antérieure. — Le lambeau en V est relevé. Perforation du fibrome et extraction du cylindre taillé avec le tube tranchant. (Doyen.)

suffisamment diminué de volume commence à s'abaisser, le

plus accessible des différents V est saisi au moyen d'une pince-gouge et attiré au dehors. La masse fibromateuse apparaît à la vulve en se développant et en se dévidant sous les yeux de l'opérateur. L'index gauche introduit entre le fibrome et les parois de sa coque, détache les adhérences et aide à l'extraction du pôle supérieur qui vient d'un seul bloc.

Lorsque le fibrome n'est pas très dur, Doyen emploie le morcellement en échelle qui est excessivement rapide. A mesure qu'une nouvelle partie de la



Fig. 159. — Hystérotomie vaginale antérieure. — Application de l'écarteur dans la cavité utérine. Taille d'un V à la surface du fibrome. (Doyen.)

surface antérieure du fibrome évidé devient accessible, on

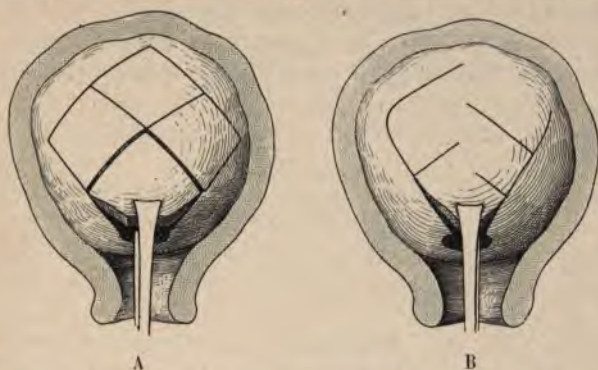


Fig. 140. — Morcellement d'un fibrome intra-utérin. A. Morcellement losangique. B. Morcellement en échelle. (D'après Doyen.)

prolonge les extrémités de l'incision première en forme de V, et sur le bord interne de chacune de ces incisions, on branche alternativement des échelons perpendiculaires (fig. 140, B). La paroi antérieure ainsi découpée en jeu de patience se laisse allonger et dérouler très facilement (fig. 141). Le reste du fibrome suit.



Fig. 141. — Résultat du morcellement en échelle. (D'après Doyen.)

4^e temps : Suture de l'utérus. — On procède à la toilette de la coque du fibrome, et on réduit l'inversion utérine dans le cas où elle s'est produite au moment de l'extraction. Doyen est même d'avis de provoquer cette inversion du fond de l'utérus de façon à pouvoir constater, *de visu*, l'état de la coque utérine.

L'incision de l'hystérotomie est suturée en surjet au catgut et la cavité utérine tamponnée provisoirement.

Le tampon est enlevé le 2^e jour et les lavages vaginaux et intra-utérins sont pratiqués à partir de ce moment (Doyen).

CHAPITRE V

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

I. TECHNIQUE GÉNÉRALE

L'ablation totale de l'utérus par le vagin, faite pour la première fois par Sauter (1822), puis, en France, par Récamier (1829), ne devait être, à la période préantiseptique, qu'une tentative audacieuse, presque fatalement vouée à l'insuccès et qui ne pouvait pas se généraliser.

Il a fallu pour en faire l'opération qu'elle est devenue aujourd'hui, non seulement l'avènement de l'asepsie chirurgicale, mais encore des perfectionnements de technique indispensables. Le développement de l'hystérectomie vaginale est de date relativement récente, puisque la première opération moderne date de 1878 (Czerny) et que ce n'est que quatre ans plus tard que la méthode apparaissait en France, avec Péan et Demons.

Les perfectionnements essentiels de la technique ont porté sur deux points : le morcellement de l'utérus d'une part, l'hémostase d'autre part.

1^o Il peut être difficile d'enlever d'une seule pièce, par les voies naturelles, un utérus de dimensions et de mobilité normales ; cela devient tout à fait impossible lorsque cet utérus est augmenté de volume ou fixé par des adhérences. Il est donc nécessaire de l'enlever par fragments, d'en faire le *mor-*

cellement; c'est à Péan que revient l'honneur d'avoir montré l'utilité de cette manœuvre et d'en avoir réglé la technique; après lui, Segond a insisté sur ce point et a décrit, sous le nom d'*évidement conoïde*, un excellent procédé de morcellement que nous avons décrit en parlant de la myomectomie vaginale et sur lequel nous reviendrons encore dans ce chapitre.

Mais dans bien des cas, un morcellement complet, comme le pratiquait Péan, n'est pas indispensable; il suffit de sectionner l'utérus, sur la ligne médiane avasculaire, en deux moitiés qui seront enlevées successivement (procédé de Müller-Quénu).

Ou même la simple section médiane de la paroi antérieure permettra de faire basculer en avant tout l'organe, de l'abaisser peu à peu, suivant le procédé de Doyen, suffisant dans la plupart des cas et qui est aujourd'hui le plus employé en France. Ce sont ces deux procédés que nous décrirons tout d'abord.

2° L'étude anatomique des artères de l'appareil génital interne de la femme sera faite à propos de l'hystérectomie abdominale (voir plus loin). Il suffit de rappeler ici que tous les vaisseaux de l'utérus, et particulièrement l'artère utérine, l'abondent par ses côtés, au niveau des bords adhérents des ligaments larges; que, d'autre part, il n'y a, sur la ligne médiane, entre les vaisseaux du côté droit et ceux du côté gauche, que des anastomoses insignifiantes, si bien que toutes les sections médianes de l'utérus se font à blanc.

C'est donc uniquement au niveau des sections latérales, sur la tranche des ligaments larges, que se fait l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale.

Il est assez singulier que le premier chirurgien qui ait exécuté cette opération, dans les perfectionnements de laquelle l'hémostase devait jouer un si grand rôle, ne se soit pas préoccupé de l'hémorragie. Sauter, en effet, se contenta de bourrer le vagin avec de la charpie et sa malade guérit; il ne faudrait pas compter obtenir souvent pareil résultat avec une technique aussi peu rationnelle. Sauter n'eut d'ailleurs pas d'imitateurs, car, peu après, Récamier employait les ligatures dans un cas semblable.

La *ligature*, méthode la plus anciennement proposée, a subsisté

jusqu'à nos jours ; en France elle a été préconisée à nouveau par Bouglé et son élève Inglessi ; elle conserve, en Allemagne, de nombreux défenseurs, tels que Fritsh, Olshausen, Martin, Czerny, etc. La ligature allonge un peu l'opération, le placement des fils est difficile dans les cas de vagin étroit et lorsque l'utérus s'abaisse mal ; aussi croyons-nous que la méthode de *forcipressure* doit être d'une application plus générale. Il faut en tous cas conserver l'hémostase par ligatures dans l'hystérectomie pour prolapsus utérin, lorsqu'il faut faire suivre l'ablation de l'utérus d'une colporraphie antérieure et postérieure.

Richelot est donc un de ceux qui ont le plus fait pour le développement de l'hystérectomie vaginale, lorsqu'il a proposé, comme moyen systématique d'hémostase, la *forcipressure à demeure* (1885). L'emploi des pinces, méthode facile et sûre, s'est rapidement généralisé ; de tous les procédés d'hémostase il reste incomparablement le meilleur, même à côté de manœuvres plus récentes, comme l'*angiotripsie*.

Celle-ci consiste essentiellement à écraser, entre les mors d'une pince très puissante, le ligament large avec les vaisseaux qui y sont contenus, mais on doit ensuite appliquer un fil sur le ligament ainsi diminué de volume et le lier. C'est du reste ce que recommande Doyen, inventeur de la méthode.

Nous ne parlerons pas de l'*électro-hémostase*, proposée par Skene (de Brooklyn) et par Jacobs (de Bruxelles) ; ce procédé, non encore employé en France, nous paraît une complication inutile, sans avantage sur les précédents.

Nous terminerons donc cette revue des différents moyens d'hémostase au cours de l'hystérectomie vaginale, en disant que le plus simple, le plus facilement applicable à tous les cas, même à ceux d'utérus ne s'abaissant pas, celui qui donne au chirurgien la sécurité la plus parfaite, est l'emploi des pinces à demeure.

Bien entendu le pincement sera préventif, c'est-à-dire qu'on le fera avant de sectionner les ligaments larges. Autrefois Péan commençait aussitôt après l'incision circulaire du vagin, par aller pincer de bas en haut, et couper les utérines, sur les côtés du col ; c'est ce que font encore aujourd'hui Richelot et P. Segond. En général, on préfère, avec Doyen et Quénu, faire d'abord la section médiane et l'abaissement de l'utérus, puis pincer le ligament large, de haut en bas, dans toute son étendue ; cette

manière de faire donne plus de sécurité vis-à-vis de l'uretère, qui d'ailleurs ne court guère de danger, si l'on a soin de placer les pinces au ras du tissu utérin.

A. — Procédé de Doyen (Hystérectomie vaginale par hémisection médiane antérieure).

Préparation de la malade. — Sauf le cas d'urgence, l'opérée sera préparée, pendant plusieurs jours, par des lavages répétés du vagin (savonnage et injections antiseptiques). La veille de l'opération, elle sera purgée et lavementée. Le même jour, on rasera la vulve, on fera un dernier nettoyage très complet du vagin et on le tamponnera, on appliquera un pansement au-devant de la vulve.

La malade, une fois endormie, est sondée et mise en position dorso-sacrée, les cuisses fléchies et écartées. La vulve tournée vers le côté d'où vient le jour. Le chirurgien s'assied en face de la malade, avec un aide de chaque côté.

Quelques-uns procèdent alors au *curettage* de l'utérus, puis font une grande injection intra-utérine.

1^{er} temps : Incision circulaire du vagin. — On introduit d'abord deux valves, assez larges; la plus longue déprime la paroi postérieure du vagin, l'autre soulève la paroi antérieure.

Le col, dès lors bien visible, est saisi par deux pinces à traction (employer les pinces à 2 ou 3 dents, de préférence aux pinces tire-balles qui déchirent les tissus) et abaissé.

Avec le bistouri ou des ciseaux courbes, on incise alors circulairement le vagin, à son insertion sur le col (fig. 142); cette section est d'abord peu profonde.

2^e temps : Séparation de l'utérus et de la vessie. — On enlève momentanément la valve

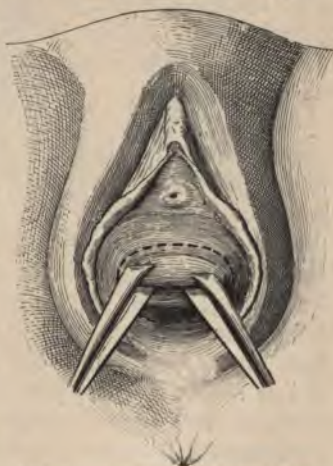


Fig. 142. — Hystérectomie vaginale. Préhension du col. Tracé de l'incision.

antérieure qui générerait pour ce temps de l'opération; le col est récliné en arrière pour bien exposer le cul-de-sac antérieur (fig. 145).



Fig. 145. — Hystérectomie vaginale. — Le col est récliné en arrière. Incision du cul-de-sac vaginal antérieur. (Boyen.)

A ce niveau, on approfondit l'incision vaginale, à petits coups de ciseaux mousses, en gardant toujours contact avec le tissu résistant du col. Dès que l'insertion vaginale est complètement sectionnée, on commence à séparer la vessie du col utérin; le clivage est d'abord difficile, et les deux organes sont assez intimement unis : il faut

gratter la face antérieure du col avec l'ongle ou avec le bec de de ciseaux mousses fermés. Bientôt on arrive dans un espace cellulaire lâche, et la séparation de la vessie et du col devient facile (fig. 144) et s'achève rapidement.

On peut avoir, chemin faisant, ouvert le cul-de-sac péritonéal préutérin, sans l'avoir reconnu. Plus souvent, on l'aperçoit, au fond du décollement, comme un bourrelet transversal, doublé de graisse; il faut immédiatement l'inciser d'un coup de ciseaux. Mais, si l'on ne le rencontre pas au cours de cette libération antérieure du col, il est inutile de le chercher : on le verra et on l'ouvrira tout à l'heure, au cours de la section médiane de l'utérus.



Fig. 144. — Hystérectomie vaginale. Décollement de la vessie.

Quand la vessie est complètement décollée, on la soulève sur une valve étroite.

5^e temps : Ouverture du cul-de-sac de Douglas. — Le col utérin est ensuite reporté en avant, vers la symphyse, et les ciseaux, réintroduits dans la partie postérieure de l'incision vaginale, ont vite fait d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas. On agrandit cette ouverture, de façon à pouvoir explorer ce cul-de-sac; puis y introduit une compresse montée sur une pince, dans le but d'empêcher l'issue des anses intestinales.

La valve postérieure est enlevée.

4^e temps : Section médiane antérieure et bascule de l'utérus.

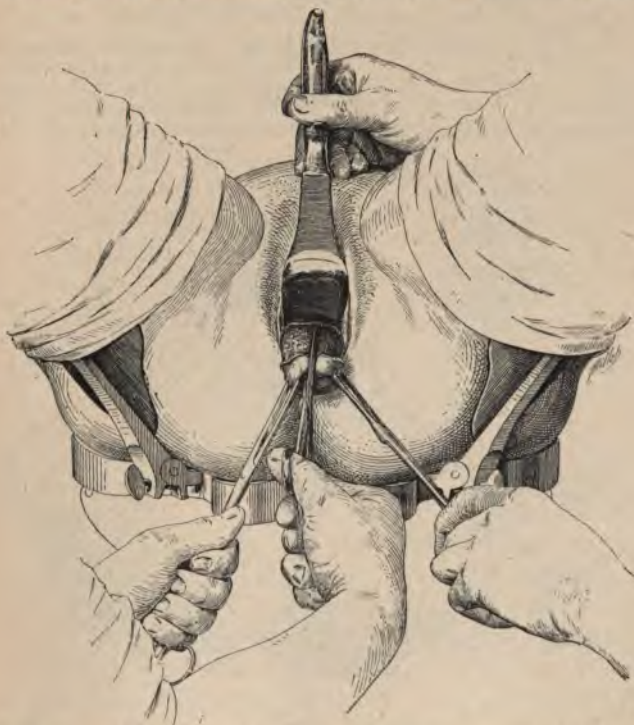


Fig. 145. — Hystérectomie vaginale. — Section de la lèvre antérieure du col. (Doyen.

— Entre les deux pinces qui le fixent, le col utérin est fendu, sur la ligne médiane (fig. 145), d'un coup de ciseaux.

Les deux lèvres de cette section s'écartent et, sur chacune d'elles, vers son extrémité supérieure, on met une nouvelle pince; une traction modérée sur les deux pinces ainsi placées, abaisse un peu plus l'utérus (fig. 146). Puis on prolonge un peu plus haut la section médiane antérieure, et on met une nouvelle paire de pinces, au-dessus des précédentes; l'utérus s'abaisse encore un peu.

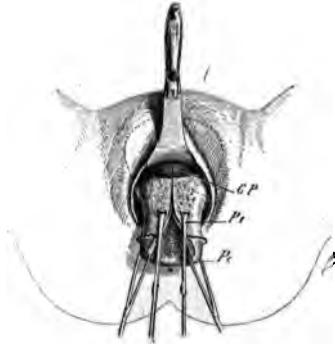


Fig. 46.

Fig. 146. — Position des premières pinces P_1 sur les lèvres de l'hémisection antérieure. — Le cul-de-sac péritonéal CP est apparent mais non encore ouvert.

— P_c , pinces laissées à demeure depuis le début de l'opération sur le col. (Doyen.)



Fig. 147. — L'hémisection de la paroi antérieure est complète. — Le cul de sac péritonéal est ouvert. Le fond de l'utérus commence à basculer. (Doyen.)

On répète cette série de manœuvres (section médiane, mise en place d'une paire de pinces et tractions) autant de fois qu'il est nécessaire, jusqu'à ce que l'utérus bascule complètement en avant (fig. 147), et que son fond apparaisse à la vulve. Lorsque l'utérus est gros et descend mal, il faut sectionner la paroi antérieure dans toute sa hauteur pour obtenir l'abaissement. Le plus souvent on n'a pas besoin d'aller si loin et, dès que la section a atteint, ou quelque peu dépassé le milieu de la hauteur de l'organe, la bascule se produit et on voit apparaître le fond.

Si le cul-de-sac vésico-utérin n'a pas été ouvert au deuxième temps de l'opération, on l'incise nécessairement au moment où la section médiane de l'utérus dépasse l'isthme.

5^e temps : *Pincement et section des ligaments larges.* — L'utérus, complètement abaissé maintenant (fig. 148), ne tient plus que par les ligaments larges; reste à couper ces ligaments après en avoir fait l'hémostase au moyen de pinces. Suivant les cas, le pincement et la section porteront en dedans ou en dehors des annexes, le chirurgien voulant les conserver ou les sacrifier. Lorsqu'on veut enlever, en même temps que l'utérus, l'ovaire et la trompe, il faut, tout d'abord, extérioriser ces organes; s'ils ne sont pas fixés par des adhérences, ils suivent l'utérus dans son mouvement de bascule et se présentent d'eux-mêmes; dans le cas contraire, il faut, avec deux doigts, aller les chercher, les libérer, les saisir avec une pince à cadre, et les amener dans le vagin.

Qu'on fasse la section en dedans ou en dehors des annexes, le pincement se fait de la même façon. Doyen le réalise de la manière suivante : le ligament large gauche, par lequel on commence habituellement, est saisi entre deux doigts qui guident et mettent en place, en avant et en arrière de lui, une longue pince de 10 à 12 centimètres, à mors élastiques, appliquée sur le ligament de haut en bas; il faut que le bec de la



Fig. 148. — Hystérectomie vaginale par hémisection médiane antérieure. — Extraction du fond de l'utérus. (Doyen.)

pince dépasse le bord inférieur du ligament qui se trouve donc saisi dans toute sa hauteur (fig. 149). A quelques millimètres en dehors de cette pince, qui fait à elle seule toute l'hémostasie, on en place une seconde, identique à la première : c'est



Fig. 149. — Hystérectomie vaginale par hémisection médiane antérieure. Application d'une grande pince sur le ligament large gauche. (Doyen.)

une pince de sûreté pour le cas où la première viendrait à lâcher.

Nous croyons préférables, à la longue pince de Doyen, les pinces à mors courts, ne dépassant pas 4 ou 5 centimètres, et avec lesquelles on fait le pincement par étages du ligament; deux pinces suffisent habituellement pour chaque ligament. On place toujours la première de haut en bas, sur le bord supé-

rieur du ligament large; on peut ensuite couper la partie supérieure du ligament en dedans de cette pince, puis placer la deuxième pince, toujours de haut en bas, sur la moitié inférieure du ligament.

On peut aussi, après placement de la pince supérieure, appliquer la seconde, de bas en haut (fig. 150), sur le bord inférieur du ligament : les becs, tournés l'un vers l'autre, des deux pinces se chevauchent un peu, et l'hémostase est ainsi assurée dans toute la hauteur du ligament.

De quelque façon qu'on réalise le pincement, on le fait suivre immédiatement de la section du ligament large en dedans des pinces; puis on répète les mêmes manœuvres sur le ligament du côté opposé (fig. 151) et l'extirpation de l'utérus est terminée.

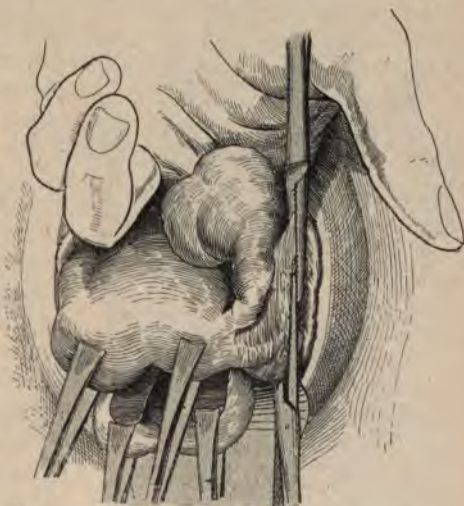


Fig. 150. — Hémostase du ligament large gauche au moyen de deux pinces, une supérieure et une inférieure, dont les mors sont opposés et chevauchent légèrement. (D'après J.-L. Faure.)

6^e temps : *Traitement de la plaie vaginale.* — On fait basculer de haut en bas les pinces dont les anneaux étaient tournés vers le haut, et on fait de la sorte subir au ligament une torsion de 180 degrés.

Avant de faire le pansement, on essuie le vagin et on examine attentivement la tranche vaginale postérieure qui saigne souvent; tous les points qui donnent sont saisis dans une pince à forcipressure.

Peu de chirurgiens suivent l'exemple de Bouilly, et font, entre les deux faisceaux de pinces, un point de suture au catgut réunissant les tranches vaginales antérieure et postérieure,

et reconstituant le dôme vaginal; c'est cependant, dans quelques cas, une bonne précaution qui diminue les douleurs post-opératoires.

On se contente habituellement de tamponner le vagin : on place des mèches de gaze, sans les tasser, entre chaque faisceau de pinces et la paroi latérale du vagin, et entre les deux faisceaux de pinces.

Pansement vulvaire.
Sonde à demeure.

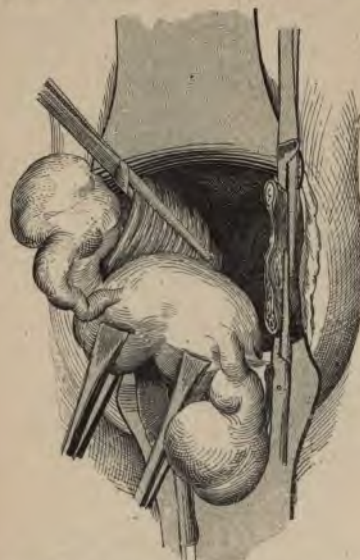


Fig. 151. — Section du ligament large gauche. Placement de la pince sur le ligament large droit. (D'après J.-L. Faure.)

Soins post-opératoires. — La malade est installée dans son lit avec un coussin maintenant les genoux fléchis, et un tampon d'ouate soutenant les pinces; les genoux sont attachés ensemble.

Ablation des pinces et de la sonde à demeure au bout de 48 heures.

Ablation du tamponnement vaginal le 5^e ou le 6^e jour, et remise en place immédiate d'un nouveau

tamponnement qui sera renouvelé toutes les 24 ou 48 heures.

Le 18^e ou le 12^e jour, on enlève définitivement le tamponnement, et on commence à donner, deux fois par jour, des injections vaginales sous très faible pression.

La malade se lève au bout de trois semaines. Les escarres, laissées par les pinces, n'achèvent de se détacher et le vagin n'est complètement cicatrisé qu'au bout d'un mois ou plus.

B. — Hystérectomie vaginale suivie de ligatures.

Plusieurs méthodes de ligatures ont été appliquées à l'hystérectomie vaginale. Sans parler du fil de sûreté qu'on peut poser

après écrasement du ligament large à l'angiotribe, on a successivement employé la ligature en masse, la ligature en chaîne, la ligature par étages. Pour répondre à l'un des justes desiderata de la chirurgie actuelle, la réduction des pédicules, il est préférable de lier isolément l'artère utérine, l'artère utéro-ovarienne, l'artère du ligament rond. C'est cette ligature *anatomique* qu'Inglessi⁽¹⁾ décrit dans son excellente thèse. Dans le procédé qu'il préconise, procédé dérivé de ceux de Baldy et de Kelly, et employé avec succès par Bouglé, les ligatures s'exécutent successivement, à droite de l'opérateur de bas en haut, et à gauche de haut en bas, comme dans le *procédé américain* d'hystérectomie abdominale. Voici la description du manuel opératoire telle que la donne Inglessi.

1^{er} temps : Ligature de l'artère utérine gauche. — Lorsque, suivant la technique que nous avons indiquée plus haut, la vessie a été séparée de la face antérieure de l'utérus, et que le cul-de-sac postérieur a été ouvert, profitant de la mobilité que présente alors l'utérus, on bascule fortement le col à droite en tirant sur les pinces à traction qui y sont fixées. Par cette manœuvre on découvre l'artère utérine gauche (fig. 152) et, après l'avoir isolée soit simplement au doigt, soit à l'aide d'une sonde cannelée, on la charge d'arrière en avant avec une aiguille de Reverdin courbe.

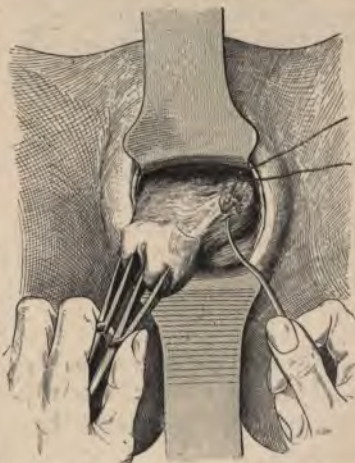


Fig. 152. — Hystérectomie vaginale sans pinces. 1^{er} temps : ligature de l'artère utérine gauche. (D'après Inglessi.)

Pour réduire autant que possible le suintement sanguin, il est bon de charger les veines utérines en même temps que l'artère, de façon à étreindre tout le cordon vasculaire utérin, dans la même anse de fil. L'uretère ayant été décollé

(1) INGLESSI. Hystérectomie vaginale sans pinces. Th. Paris, 1902.

et refoulé en haut avec la vessie, on peut lier en toute sécurité. Cette première ligature faite, on coupe l'artère utérine et la base du ligament en se tenant loin du fil et au ras du tissu utérin.

2^e temps : Ligature du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond gauche. — On pratique alors l'hémisection antérieure de

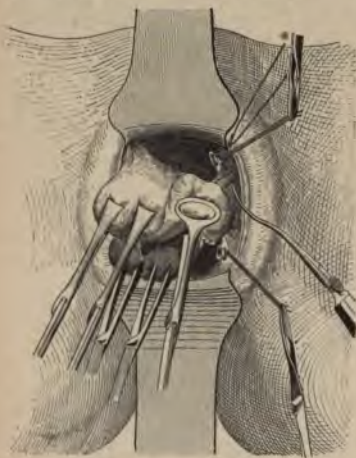


Fig. 155. — Hystérectomie vaginale sans pincées. 2^e temps : ligature du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond gauches. (D'après Inglessi.)

l'utérus; le fond bascule et vient à la vulve, on s'efforce à dégager en même temps les annexes du côté gauche et on les porte à droite. Cette traction tend le bord supérieur du ligament large gauche et fait saillir le ligament utéro-ovarien et le ligament rond. Au moyen d'une aiguille de Reverdin courbe on passe un fil de ligature au-dessous de chacun de ces pédicules (fig. 155). On commence en général par celui qui se présente le plus favorablement. Les nœuds serrés, on coupe le bord supérieur du ligament large et la portion sous-jacente.

3^e temps : Ligature du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond droits. — Pour l'exécuter on procède au niveau du bord supérieur du ligament large droit de la même façon qu'à gauche.

L'opérateur ayant dégagé les annexes droites les porte à gauche ainsi que le fond de l'utérus. Le bord supérieur du ligament large droit se trouve ainsi tendu; le ligament rond et le pédicule utéro-ovarien sont bien apparents. On fait au niveau de chacun d'eux deux ligatures distinctes, comme précédemment. Mais avant de sectionner le bord supérieur du ligament large on a soin de placer (fig. 154), en dedans du point où portera la sec-

tion, une pince de Kocher afin d'éviter l'hémorragie qui se produirait au niveau de l'artère tubaire et de l'anastomose que l'utérine contracte avec l'ovarienne.

4^e temps : Ligature de l'artère utérine droite. — Ce quatrième et dernier temps est grandement facilité par l'abaissement de l'utérus et des annexes qui sont alors complètement pendants hors de la vulve. On isole aisément le cordon vasculaire utérin droit qu'on a directement sous les yeux. On le lie. Un dernier coup de ciseaux en dedans et loin de la ligature (fig. 155)

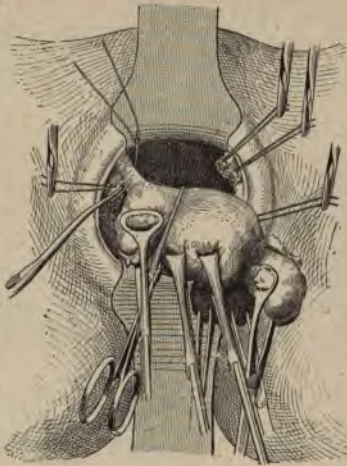


Fig. 154. — Hystérectomie vaginale sans pincées. 5^e temps : ligature du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond droits. (D'après Inglessi.)

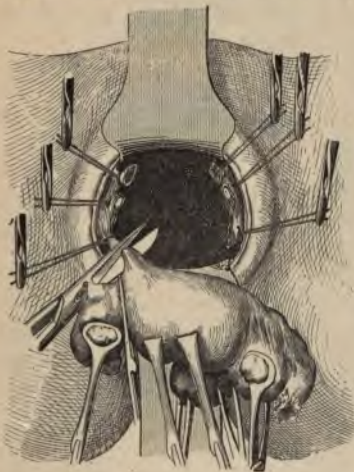


Fig. 155. — Hystérectomie vaginale sans pincées. 4^e temps : ligature du pédicule utérin droit. (D'après Inglessi.)

achève de détacher la masse utéro-anexielle.

Il ne reste plus avant de sectionner les chefs maintenus longs des six ligatures qu'à faire la revision des pédicules et à s'assurer que rien ne saigne. Un gros drain en caoutchouc est placé au centre de la brèche vaginale, juste à la limite de la cavité péritonéale. En arrière de lui, contre la tranche vaginale postérieure, loin du péritoine et des anses intestinales, on tamponne doucement avec une mèche de gaze.

C. — Procédé de Müller-Quénu (Hystérectomie vaginale par hémisection totale).

Le but de ce procédé est l'ablation de l'utérus en deux moitiés qu'on extrait et dont on fait l'hémostase séparément; le pincement des ligaments larges est ici plus facile que dans le procédé de Doyen et c'est ce qui fait l'avantage de l'opération de Quénu dans les suppurations pelviennes avec adhérences étendues qui empêchent l'abaissement de l'utérus.

On peut transformer le procédé de Doyen en une hémisection totale en poursuivant sur le fond, puis sur la face postérieure de l'utérus, la section médiane commencée sur sa face antérieure.

Mais, dans le procédé-type de Quénu-Müller, on fait délibérément et d'emblée l'hémisection totale en opérant de la manière suivante :

Les trois premiers temps (*incision circulaire du vagin, séparation de l'utérus et de la vessie, ouverture du cul-de-sac de Douglas*) s'exécutent comme dans le procédé de Doyen.

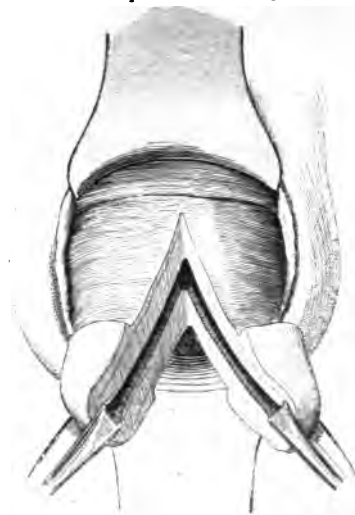


Fig. 156. — Procédé de Müller-Quénu. Le vagin est décollé. La division de l'utérus en deux valves latérales est commencée. Le cul-de-sac péritonéal n'est pas encore ouvert. (D'après J.-L. Faure.)

4^e temps : Hémisection médiane totale de l'utérus.

— Une valve antérieure soulève et protège la vessie; une valve postérieure refoule et protège le rectum. Le col est saisi, au niveau de chaque commissure, par une pince. Avec de très forts ciseaux on sectionne d'un seul coup, entre ces deux pinces, sur la ligne médiane avasculaire, toute l'épaisseur du col, paroi antérieure et paroi postérieure.

Les deux valves latérales qui en résultent s'écartent sous la traction divergente (fig. 156).

des pinces cervicales : on peut alors faire, plus haut, sur chaque lèvre de l'incision médiane, une nouvelle prise de pinces (fig. 157) et prolonger l'hémisection.

On recommence cette manœuvre jusqu'à ce que l'on arrive au fond de l'utérus.

C'est en exécutant ce temps de l'opération qu'on se rend

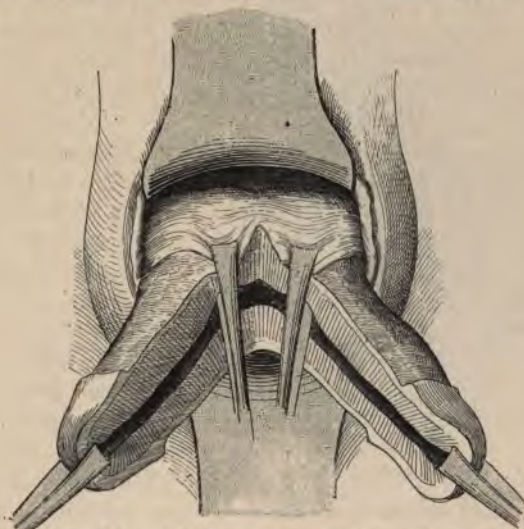


Fig. 157. — Procédé de Müller-Quénu. L'hémisection est presque terminée. L'utérus s'abaisse. (D'après J.-L. Faure.)

compte de ses avantages dans les cas d'utérus fixé et difficile à abaisser. « Elle permet en effet à l'utérus, divisé en deux valves latérales qui s'écartent de plus en plus à mesure que la section progresse, de descendre directement en suivant l'axe du bassin, sans avoir besoin d'exécuter aucun mouvement de bascule, soit en avant, soit en arrière. Chaque moitié de l'utérus bascule en effet vers l'axe du bassin et l'utérus s'ouvre de bas en haut et s'effondre, pour ainsi dire, de haut en bas pendant que ses deux moitiés latérales, attirées par le bas, s'écartent d'autant plus l'une de l'autre que la section se rapproche davantage du fond de l'utérus. » (J.-L. Faure.)

5^e temps : *Extirpation de la moitié gauche de l'utérus.* —

On refoule dans l'excavation pelvienne la moitié droite de l'utérus, dont le col est toujours amarré par une pince, et on

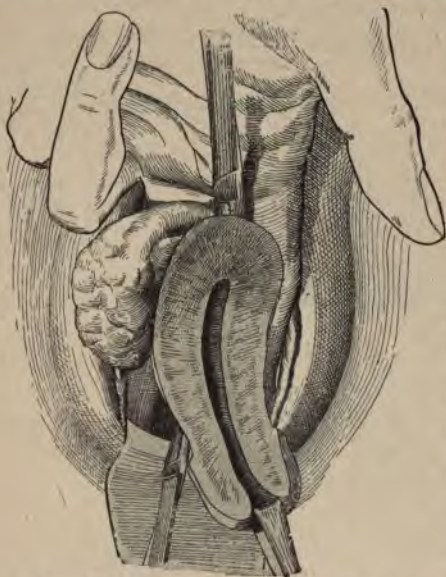


Fig. 158. — Procédé de Müller-Quénu. L'hémisection est achevée. La moitié droite de l'utérus a été momentanément refoulée. Pose d'un clamp sur le ligament large gauche.

abaisse seulement la moitié gauche (fig. 158). Les annexes gauches sont libérées et amenées dans le vagin, si leur ablation est jugée nécessaire.

Le pincement du ligament large gauche, en dedans ou en dehors des annexes, s'exécute comme dans le procédé de Doyen, mais avec plus de facilité, la moitié utérine étant très mobile. Il ne reste plus qu'à couper immédiatement en dedans des pinces.

6^e temps : Extirpation de la moitié droite de l'utérus, par les mêmes manœuvres qu'au 5^e temps.

Traitement de la plaie vaginale, pansement et soins post-opératoires, comme dans le procédé de Doyen.

II. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR SUPPURATIONS PELVIENNES

Les procédés ordinaires que nous venons de décrire, en particulier celui de Müller-Quénu, sont habituellement suffisants.

Il est bon, comme le recommande J.-L. Faure, de commencer l'opération par l'ouverture du cul-de-sac postérieur, qui per-

met de s'assurer de l'état des annexes et de la nécessité d'une castration totale: la possibilité de vérifier la bilatéralité des lésions est, en effet, l'un des arguments invoqués en faveur de l'opération par la voie abdominale.

Lorsque les trompes malades sont peu adhérentes, on peut parfois, après l'abaissement et la bascule de l'utérus dans le vagin, les attirer et placer les pinces en dehors d'elles, si bien qu'on enlève d'une seule pièce l'utérus et ses annexes. Mais de tels cas sont relativement rares et, le plus souvent, on coupera d'abord les ligaments larges au ras de l'utérus; puis, celui-ci enlevé, on ira à la recherche des annexes qu'on s'efforcera de décortiquer avec les doigts et de pédiculiser; ces manœuvres sont souvent délicates et, plutôt que de blesser l'intestin en détachant des adhérences trop serrées, mieux vaut faire une ablation partielle, en abandonnant un fragment de la poche.

Dans les cas les plus difficiles, l'utérus lui-même est fixé par les adhérences et il est impossible de l'abaisser. Les procédés décrits plus haut sont inexécutables et force est de recourir au morcellement: il faut en effet enlever tout l'utérus, fragment par fragment, sans essayer de le faire descendre; la large brèche résultant de l'ablation de l'organe permettra ensuite d'arriver sur les annexes et de les extirper.

Péan exécutait le morcellement de la manière suivante: après incision circulaire du vagin, décollement de la vessie et ouverture du cul-de-sac postérieur, les deux faces, antérieure et postérieure, de l'utérus étant bien dégagées et exposées par deux valves, il plaçait, de chaque côté du col, une pince courte sur la partie inférieure du ligament large qu'il coupait (fig. 159) en dedans des pinces. Puis, en deux coups de ciseaux sur les commissures latérales, il divisait le col en deux valves, antérieure et postérieure; chaque valve était alors saisie, au niveau de sa base, par une pince à abaissement et coupée au-dessous de cette pince.

Ceci fait, deux nouvelles pinces étaient placées un peu plus haut sur le ligament large et l'on répétait la même série de manœuvres: section du ligament large en dedans des pinces, divisées en deux valves du segment correspondant de l'utérus et ablation successive de chaque valve. Péan finissait ainsi par enlever, tranche par tranche, après hémostase préventive, la totalité de l'utérus; puis il extirpait les annexes. Un des incon-

venients du procédé est le grand nombre des pinces qui finissent par encombrer le champ opératoire.

Second a perfectionné la pratique du morcellement. Il commence par l'incision circulaire du vagin à laquelle il ajoute, de chaque côté, un petit débridement transversal de 2 centimètres

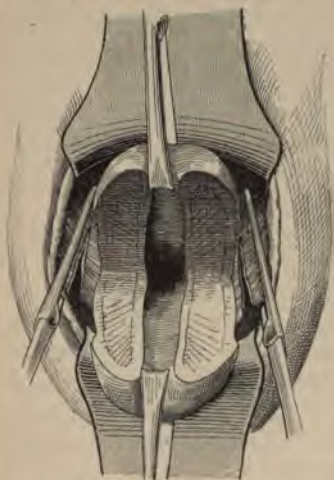


Fig. 159. — Hystérectomie vaginale par morcellement. Procédé de Péan. L'étage inférieur des ligaments larges est sectionné en dedans des premières pinces. Le col est divisé en deux valves antérieure et postérieure.

qui facilite la découverte de la base du ligament large. Tout de suite, il va chercher ce ligament, pince sa partie inférieure et la coupe, à droite et à gauche; puis il divise le col en deux valves, comme Péan, et l'enlève. Cette simple manœuvre est, le plus souvent, suffisante pour permettre à l'utérus de descendre: c'est en effet, presque toujours, l'inextensibilité de la partie inférieure des ligaments larges et des ligaments utéro-sacrés qui empêche l'abaissement. On termine, dans ce cas, en faisant l'hémisection antérieure de Doyen et la bascule de l'utérus en avant.

Lorsqu'au contraire, malgré l'amputation du col, l'utérus

reste fixé, Second pratique le morcellement de sa paroi antérieure par évidement conoïde; la technique de cet évidement conoïde est assez semblable à celle que nous avons décrite, au chapitre précédent, pour le morcellement des fibromes; une pince à traction fixe l'utérus saisi vers sa partie moyenne et, avec le bistouri ou les ciseaux, on excise, au milieu de sa face antérieure, un fragment en forme de cône dont la base répond à la pince. Avant de détacher complètement ce fragment, on fait, au-dessus de lui, une nouvelle prise sur l'utérus avec une autre pince à traction. On répète successivement cette excision conoïde, autant de fois qu'il est nécessaire pour arriver au fond de l'utérus; on peut même, au besoin, poursuivre ce morcellement sur la paroi postérieure; mais c'est habituellement inutile,

car l'utérus s'abaisse dès qu'on a achevé l'ablation de sa paroi antérieure.

III. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR FIBROMES

Nous serons brefs sur ce point, ayant déjà étudié en détail le morcellement des fibromes (voir chap. iv).

Lorsqu'on est en présence d'un *utérus fibromateux*, sans grosse tumeur, l'ablation d'une seule pièce est possible et l'on aura recours aux procédés classiques de Doyen ou de Quénu.

Plus souvent on a affaire à des *fibromes volumineux* qu'il faut enlever d'abord avant d'extraire la coque utérine qui les renfermait : l'opération comprend alors les manœuvres suivantes :

1° *Découverte des fibromes* : on commence par les temps habituels d'incision du vagin et de dégagement des faces antérieure et postérieure de l'utérus. Puis on pratique la section médiane de la paroi antérieure, comme Doyen; cette section peut être suffisante pour exposer les fibromes; sinon, on fera une incision en V à deux branches divergentes vers le fond de l'utérus et on excisera, par fragments losangiques, le lambeau triangulaire à sommet inférieur, compris entre les deux branches du V.

2° *Ablation des noyaux fibromateux* : s'ils sont petits, on les énuclée facilement. S'ils sont volumineux, il faut les morceler. Pour cela, le meilleur procédé nous paraît être l'*évidement conoïde* de Segond, fait avec le bistouri ou les ciseaux sur le fibrome fixé au moyen d'une pince à abaissement ou d'un tire-bouchon (voir p. 120). On peut aussi faire la *tunellisation* de la tumeur, c'est-à-dire l'attaquer en son centre avec le tube tranchant de Doyen, qui découpe des cylindres fibromateux qu'on achève de détacher avec une pince-gouge spéciale.

3° *Ablation de l'utérus* : quand la totalité ou la plus grande partie des noyaux fibromateux ont été enlevés de la sorte, par énucléation ou par morcellement, la coque utérine en partie

146 CHIRURGIE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES : VOIE VAGINALE.

déshabillée s'abaisse (fig. 160) sans difficulté et l'on termine, comme d'habitude, en pinçant et coupant les ligaments larges.

Ces diverses manœuvres permettent l'hystérectomie vaginale



Fig. 160. — Extraction du fond de l'utérus entr'ouvert. Le col est remonté vers le cul-de-sac de Douglas. (Boyer.)

dans des cas de fibromes assez volumineux. Le manuel opératoire n'est jamais absolument réglé et il faut le modifier suivant le siège et les rapports de la tumeur principale. C'est ainsi qu'il est parfois nécessaire, lorsque le fibrome occupe la paroi postérieure de l'utérus, et reboule le col en avant, de commencer par l'attaque de cette paroi et le morcellement de la tumeur.

IV. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CANCER UTÉRIN

Les cas tout à fait au début, qui sont les meilleurs au point de vue du résultat éloigné, sont aussi les meilleurs au point de vue de l'exécution opératoire. Le col donne encore aux instruments une prise suffisante. Plus tard, la friabilité du col et l'envahissement des culs-de-sac vaginaux créent des difficultés spéciales qui contre-indiquent absolument l'hystérectomie vaginale.

Lorsqu'on exécute l'hystérectomie vaginale pour cancer il faut faire porter l'incision du vagin loin du col, au delà des limites du néoplasme, et, avant d'attaquer l'utérus lui-même, disséquer la collerette vaginale ainsi dessinée. Cette dissection est surtout délicate en avant, du côté de la vessie; aussi Doyen conseille-t-il de détacher d'abord la muqueuse vaginale au niveau de chaque cul-de-sac latéral, puis, avec le doigt introduit dans ces premières incisions, d'aller, de dehors en dedans, contourner le col et en séparer la vessie et, sur le doigt la refoulant, d'inciser alors la muqueuse du cul-de-sac antérieur. Ceci fait, on attaque l'utérus lui-même suivant la technique habituelle. Toutefois on la modifiera en ce sens que l'utérus doit être basculé et enlevé en totalité en s'abstenant de toute manœuvre telle que hémisection ou morcellement, qui exposent aux risques de greffes cancéreuses.

Malgré ces améliorations la majorité des chirurgiens a abandonné l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus pour profiter de la meilleure exérèse que donne la voie abdominale. Une extirpation large et en sac clos est toutefois possible par la voie basse à condition de pratiquer la colpo-hystérectomie ⁽¹⁾ que nous décrivons au paragraphe suivant.

(1) V. Proust. *Presse médicale*, 16 mars 1907, n° 22.

V. COLPO-HYSTÉRECTOMIE POUR CANCER PAR VOIE VULVO-PÉRINÉALE

(Opération de Schuchardt-Schauta.)

Cette opération, totalement différente de l'hystérectomie vaginale habituelle, consiste en l'ablation, en un seul bloc, de tout ou partie du vagin, de l'utérus et du paramètre par le périnée. C'est l'*Erweiterte vaginale totalextirpation* des Allemands. Il est juste de la désigner sous les deux noms de Schuchardt, le créateur de la méthode et de Schauta qui a précisé la technique de l'intervention. Elle s'exécute de la manière suivante :

1^{er} temps : Décollement circulaire et fermeture du vagin. — Le chirurgien, les mains gantées, après désinfection soigneuse du vagin, — précédée d'une cautérisation extemporanée du néoplasme, ou mieux d'une cautérisation faite la veille, — trace une incision circulaire circonscrivant, selon la nécessité présente et loin du néoplasme, soit la partie moyenne, soit le tiers inférieur du vagin, à la rigueur même la portion juxta-vulvaire. Après dissection d'une manchette de 5 centimètres de long environ, on pratique l'oblitération hermétique du vagin au moyen de quelques points de suture. Les chefs des fils sont maintenus longs de manière à pouvoir servir comme agents de traction. Lorsque la suture est ainsi bien étanche, le chirurgien retire ses gants et change d'instruments. L'opération aseptique commence. On va maintenant pratiquer l'incision paravaginale auxiliaire dont Schuchardt a posé le principe capital.

2^e temps : Incision paravaginale auxiliaire. — L'incision de Schuchardt débute au niveau de la lèvre inférieure de l'incision circulaire vaginale, à l'union du quadrant postérieur et du quadrant latéral gauche, et de là se dirige vers la vulve qu'elle sectionne également à l'union de ses parties postérieure et latérale gauches. Puis elle se prolonge directement en arrière (fig. 161), latéralisée, mais parallèle à l'axe du périnée, pour se terminer en dehors de l'anus. Schuchardt la conduit souvent jusqu'au sacrum. L'incision intéresse toute l'épaisseur des parties molles du périnée. Le rectum est soigneusement isolé et

récliné à droite. Des ligatures sont posées sur les vaisseaux sectionnés et la plaie est tamponnée au moyen de gaze stérilisée. Dans les cas particulièrement difficiles, Schauta recommande de recourir à l'incision paravaginale double à la manière de Staude.

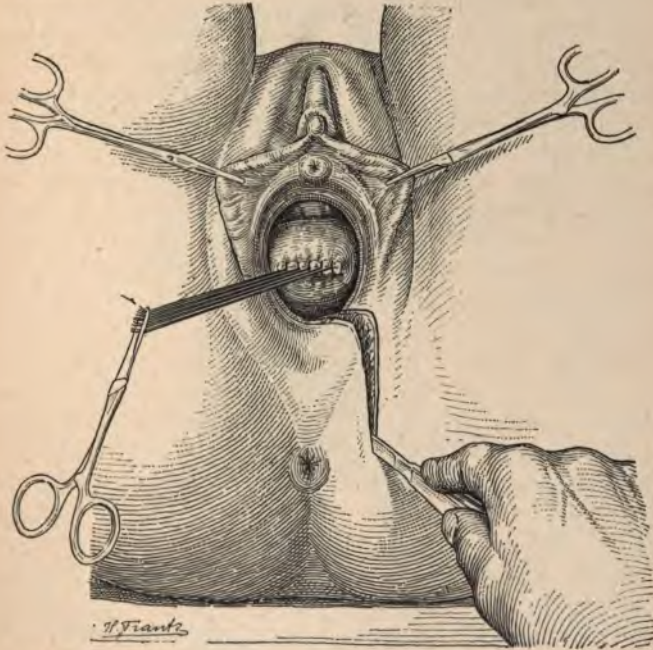


Fig. 161. — Colpo-hystérectomie totale par voie vulvo-périnéale. Incision paravaginale de Schuchardt après fermeture du vagin.

5^e temps : Dissection de la vessie et des uretères. — Le champ opératoire est ainsi largement exposé (fig. 162). On passe alors à l'isolement de la vessie et des uretères. La dissection de la vessie se fait progressivement, comme dans le premier temps d'une colporraphie antérieure et en basculant le vagin en arrière. Bientôt, en arrivant à la hauteur du col de l'utérus, le décollement devient de plus en plus facile, sauf dans les cas où il existe déjà à ce niveau des adhérences néoplasiques : on est alors inévitablement amené à ouvrir la vessie et parfois à en réséquer une partie. Dans la majorité des cas, lorsque la vessie s'est

150 CHIRURGIE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES : VOIE VAGINALE.

laissée séparer sur la ligne médiane, on passe à l'isolement de ses angles latéraux, « véritables cornes qui se continuent avec les uretères ». Reconnaisables à leur coloration rougeâtre, elles se dirigent vers le paramètre et leur isolement amène directement à l'uretère qui, lui, se dirige en arrière et en

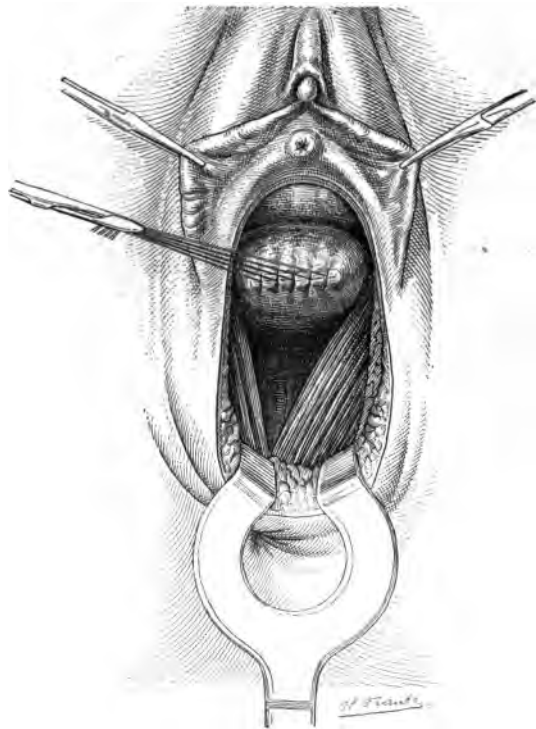


Fig. 162. — Colpo-hystérectomie totale par voie vulvo-périnéale. Agrandissement du champ opératoire par l'incision de Schuchardt. On voit nettement les bords des releveurs.

dehors sous forme d'un cordon plongeant dans la base du ligament large. Dans les cas avancés, l'uretère, quoique libre encore d'infiltration néoplasique, se trouve couché dans une gouttière de tissu cancéreux et il faut le sculpter pour l'en sortir. Pour poursuivre suffisamment en arrière cette dissection des uretères, il faut, lorsque leur situation est reconnue et leur isolement amorcé, bien libérer le vagin.

4^e temps : Libération des bords latéraux du vagin et dissection de la base du paramètre. — Cette libération du vagin commence par sa face postérieure. Elle est facile à ce niveau en utilisant la *zone décollable* qui permet de remonter jusqu'au cul-de-sac de Douglas. L'isolement des bords latéraux est plus délicat. Comme le font justement remarquer Imbert et Piéri⁽¹⁾ dans leur intéressant travail sur l'extirpation du cancer par voie abdomino-vaginale, les bords du vagin sont retenus et fixés par des branches longues vaginales venues de la crosse utérine, les artères vaginales, branches de l'hypogastrique, des branches de l'hémorroïdale moyenne, les veines collatérales vésico-vaginales. C'est le seul moyen de fixité des bords du vagin, car les muscles releveurs n'ont avec eux que de simples rapports de contact. Il faut donc sectionner cet éventail vasculaire et lier un à un les vaisseaux, à moins qu'on ne préfère les couper entre deux pinces. Il faut, en tout cas, avoir soin de se tenir au-dessous de la zone urétérale et prendre garde, dans ce temps, de ne pas ouvrir le vagin, ce qui aurait pour résultat de contaminer sûrement le champ opératoire.

Cette libération des bords latéraux du vagin permet l'abaissement du conduit et surtout facilite l'accès du paramètre dont l'extirpation méthodique constitue un des temps principaux de l'opération. Entre le vagin libéré et le bord du muscle releveur de l'anus, le doigt d'abord, l'œil ensuite, lorsqu'on sait convenablement s'éclaircir, passent l'inspection de la base du ligament large, et il est alors possible de venir, sous le contrôle de la vue, disséquer l'uretère dans son trajet latéro-cervical. On peut lier l'artère utérine à ce moment, ou bien, au contraire, réserver cette ligature pour la fin de l'opération. Ce n'est que lorsque les uretères sont bien dégagés des tissus sains environnants ou de la masse de la tumeur, suivant les cas, qu'on passe à l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux.

5^e temps : Ouverture du péritoine. Ablation de l'utérus et du vagin. — A partir du moment où la séreuse va être ouverte, l'opération doit marcher rapidement. On ouvre le cul-de-sac antérieur aux ciseaux, puis le cul-de-sac de Douglas. Le fond de l'utérus se laisse facilement basculer en avant grâce à la

(1) Imbert et Piéri. — « Sur l'extirpation utéro-vaginale totale. » *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1903, 15 novembre, p. 925.

béance considérable de la plaie obtenue par l'incision de Schuchardt. On lie et on sectionne successivement le ligament rond, puis le ligament utéro-ovarien en dehors des annexes (fig. 165)

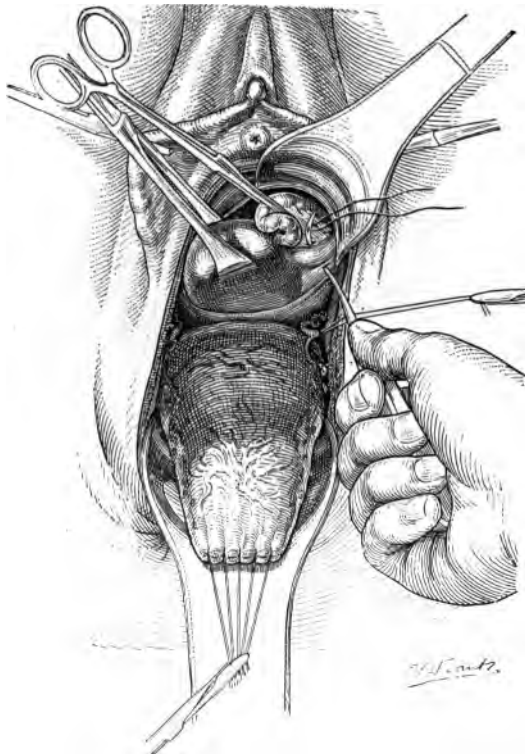


Fig. 165. — Colpo-hystérectomie totale par voie vulvo-périnéale. Bascule du fond de l'utérus à travers l'incision du cul-de-sac péritonéal antérieur. Ligature du ligament rond gauche.

d'un même côté. On sectionne alors le ligament large dont la base, attachant à l'utérus, est largement enlevée. On pratique à ce moment la ligature de l'artère utérine si elle n'a pas été faite préalablement. Enfin on termine par la ligature et la section du ligament utéro-sacré.

La même manœuvre est répétée du côté opposé, et ainsi se trouve enlevé en masse, sans inoculation possible, le bloc des annexes, de l'utérus et du vagin fermé.

6^e temps : *Fermeture du péritoine. Reconstitution de l'anneau vulvaire.* — Des pinces repèrent immédiatement les tranches péritonéales, restes des culs-de-sac antérieur et postérieur. Les

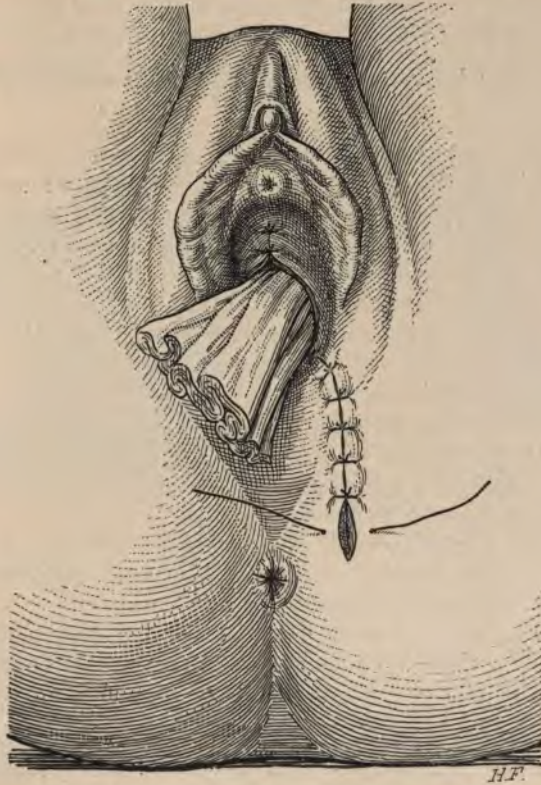


Fig. 164. — Colpo-hystérectomie totale par voie vulvo-périnéale. Aspect de la région une fois l'opération terminée.

lèvres sont suturées l'une à l'autre et la séreuse est ainsi refermée. On passe l'inspection de la cavité béante laissée par l'ablation du vagin et de la base du ligament large. Tamponnement à la gaze. Deux points de suture antérieurs adossent les bords latéraux de la collerette vaginale restante et permettent ainsi, en soutenant la vessie, d'éviter les cystites par prolapsus. L'incision de Schuchardt est suturée au moyen de points pro-

fonds chargeant en masse tous les tissus et entrecoupés de points superficiels. Par l'orifice vulvaire ainsi reconstitué sortent les mèches de drainage (fig. 164).

VI. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR PROLAPSUS UTÉRIN

« Il n'y a pas de manuel opératoire spécial pour enlever un utérus prolabé, si ce n'est qu'au lieu de l'abaisser avec une pince à traction, on est plutôt obligé de le soutenir. On opère constamment au dehors de la vulve, on a toutes les parties sous les yeux, on pince ou on lie les vaisseaux *de visu* ; c'est la plus simple des hystérectomies » (Richelot). Il faut ajouter qu'elle est insuffisante à elle seule, qu'il est indispensable de la compléter par une colporraphie antérieure et une colpopérinéorrhaphie, ces opérations constituant le temps capital et essentiel du traitement d'un prolapsus génital. C'est parce qu'il faut terminer par cette réfection du vagin et du périnée, que l'emploi des pinces à demeure doit être rejeté dans ce cas et qu'il faut, comme nous l'avons déjà dit, recourir aux ligatures.

On peut enlever l'utérus, remplacer les pinces par des fils, suturer la plaie vaginale, puis pratiquer la double colporraphie. Boyen a particulièrement bien réglé cette technique.

On peut aussi, à l'exemple de Fritsch et de Pozzi, modifier le procédé classique et y adjoindre une large excision de la paroi vaginale antérieure (hystérectomie vaginale avec colpectomie).

a) **Procédé de Pozzi.** - En voici la description empruntée à son *Traité de Gynécologie* : « On commence par circonscrire au bistouri, sur la paroi vaginale antérieure (fig. 165), un grand lambeau triangulaire, dont le sommet répond au voisinage du méat urinaire et en est distant de 2 ou 5 centimètres au plus. La base de ce lambeau comprend dans son écartement le col utérin dont il longe les côtés. Un petit lambeau triangulaire analogue est dessiné au bistouri sur la paroi postérieure ; ces deux triangles inégaux se confondent par leur base et forment par leur ensemble un losange allongé d'avant en arrière (fig. 166).

« On dissèque alors aux ciseaux les deux lambeaux de la

muqueuse du vagin. Pour faciliter ce temps, il faut placer une sonde d'homme dans la vessie et en promener le bec sous l'endroit que l'on dissèque. Il faut également bien tendre les parties à l'aide de pinces tire-balles fixées sur les limites du champ opératoire. Lorsque les deux lambeaux vaginaux sont disséqués et pendent en avant et en arrière du col, on se trouve



Fig. 165. — Hystérectomie vaginale et colpectomie pour prolapsus utérin. Tracé de l'incision sur la paroi antérieure du vagin. (Pozzi.)



Fig. 166. — Hystérectomie pour prolapsus. Procédé de Pozzi. Uterus et portion du vagin enlevés par l'opération. — A. Lambeau vaginal antérieur. P. Lambeau postérieur. (Pozzi.)

dans les conditions de l'hystérectomie ordinaire, avec cette différence que la vessie affecte ici des rapports plus intimes et plus étendus avec le col de l'utérus élongé. On dissèque aux ciseaux la vessie et, à mesure que le col utérin devient libre, on l'incise de bas en haut sur sa face antérieure et l'on fixe les pinces sur la tranche de l'incision, de façon à abaisser de plus en plus l'organe. On peut ainsi arriver dans certains cas jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. Mais, si l'on éprouve trop de difficultés, on doit renoncer à l'atteindre d'emblée, et passer immédiatement au temps suivant. Celui-ci consiste dans l'ouverture du cul-de-sac de Douglas avec les ciseaux. Par cette ouverture, on peut alors recourber les doigts en crochet par delà l'utérus, et, grâce à cette manœuvre, déprimer le cul-de-sac vésico-utérin et parvenir à l'inciser. L'utérus étant ainsi complètement dégagé sur ses deux faces, on procède à la ligature des

ligaments larges avec des fils de soie et à leur incision. On place d'abord un fil de chaque côté et à la partie inférieure des ligaments larges. On parvient ainsi à dégager suffisamment l'utérus pour pouvoir saisir sa face postérieure et la faire basculer d'avant en arrière pour achever de lier les ligaments



Fig. 167. — Hystérectomie avec colpectomie pour prolapsus.
Ligature de l'artère utérine gauche.

larges de leur sommet à leur base. Aucune manœuvre spéciale n'est nécessaire pour fixer le fond du vagin aux moignons des ligaments larges; le processus cicatriciel se chargera de ce soin.

« Reste à réunir la large plaie vaginale qui laisse à découvert une grande partie de la surface de la vessie. En avant, cette réunion est faite au catgut à l'aide d'une suture continue à trois plans superposés. En arrière, on place simplement quel-

ques points séparés de suture au catgut, de manière à réunir la plaie qui résulte de l'ablation du petit lambeau vaginal postérieur. Avant de les serrer, on introduit une mèche de gaze iodoformée au niveau de l'espace qu'occupait l'utérus enlevé.

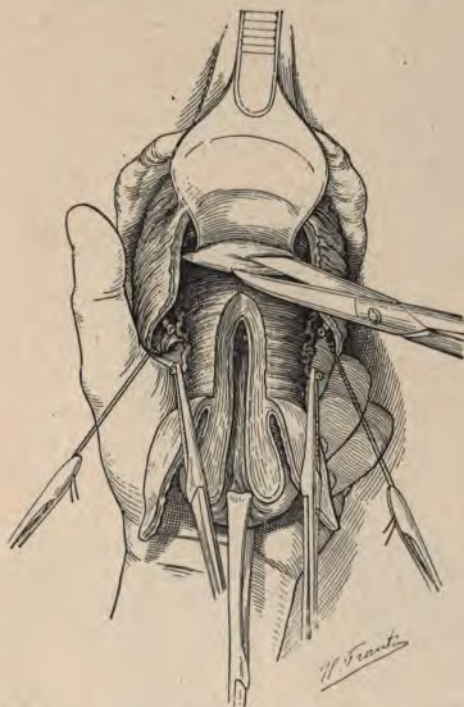


Fig. 168. — Hystérectomie avec colpectomie pour prolapsus.
Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur.

« Enfin, dans un dernier temps, on pratique une périnéorraphie par dédoublement. »

On peut également, au lieu de lier les ligaments larges par étages, lier les utérines seulement (fig. 167), ce qui permet de sectionner franchement le ligament large et, après ouverture du cul-de-sac péritonéal (fig. 168), de mettre une pince sur l'insertion tubaire (fig. 169) au niveau de laquelle arrive l'artère utéro-ovarienne.

b) Procédé de Doyen. — Il comprend trois manœuvres fondamentales :

a) L'ouverture première du cul-de-sac de Douglas, et la bascule postérieure de l'utérus ;

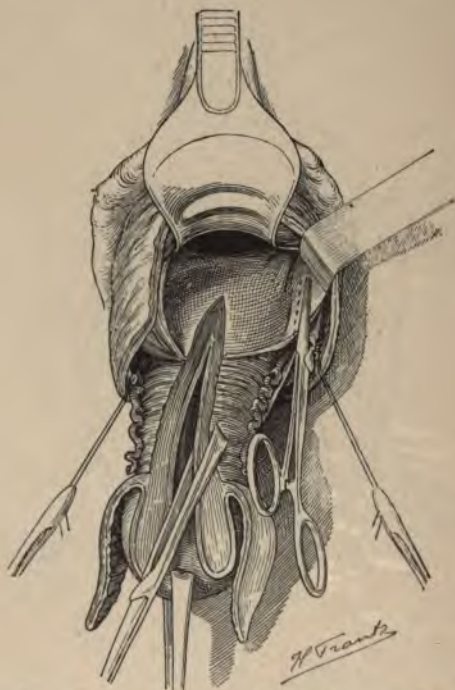


Fig. 169. — Hystérectomie avec colpectomie pour prolapsus.
Pincement et section de l'insertion tubaire gauche

b) L'hémisection comme dans le procédé de Müller-Quénu, mais en commençant par le fond de l'utérus ;

c) La torsion complète (180°) des ligaments larges, précédant leur écrasement et leur ligature en masse.

Doyen lui décrit six temps.

1^{er} temps : Ouverture du cul-de-sac de Douglas et extraction de l'utérus. — La modification des rapports normaux de la

vessie et de l'utérus constituent la seule difficulté de l'hystérectomie vaginale pour prolapsus lorsqu'on l'exécute suivant les procédés usuels; la vessie descend avec la paroi vaginale antérieure, et il est malaisé de reconnaître sa limite inférieure au milieu des tissus hypertrophiés et indurés qui l'entourent. Le cul-de-sac de Douglas, au contraire, est toujours facilement accessible (fig. 170), et c'est ce qui a déterminé Doyen dans le choix de son procédé.

Le col étant attiré en haut et en avant, on sectionne transversalement la muqueuse vaginale au point correspondant à l'ancien cul-de-sac vaginal postérieur (fig. 171). Dès que les lèvres de la muqueuse se laissent écarter, on trace dans leur intervalle, sur la face postérieure de l'utérus, une incision longitudinale postérieure; elle vient fatalement rencontrer et ouvrir le point déclive du cul-de-sac de Douglas (fig. 172).

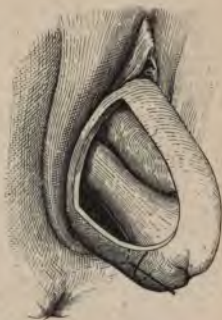


Fig. 170. — Schéma montrant les rapports de l'utérus prolabé. La flèche indique la direction de l'incision médiane qui viendra ouvrir le cul-de-sac de Douglas.

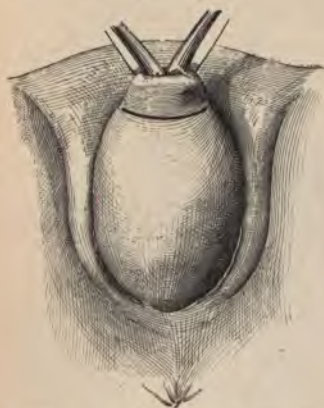


Fig. 171. — Hystérectomie vaginale pour prolapsus. Procédé de Doyen. — Tracé de l'incision vaginale.

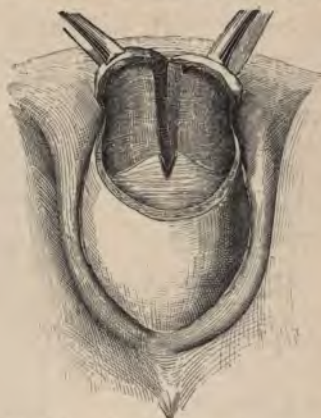


Fig. 172. — Incision longitudinale postérieure de l'utérus ouvrant le cul-de-sac de Douglas. (D'après Doyen.)

Les doigts agrandissent l'orifice péritonéal; la main y pénètre.

va accrocher le fond de l'utérus, et, le faisant basculer, l'amène au dehors.

2^e temps : Hémisection de l'utérus et décollement de la vessie.

— On prolonge la section longitudinale postérieure amorcée au temps précédent jusque sur le fond de l'utérus, puis sur sa face antérieure. L'utérus commence à se séparer en deux moitiés latérales (fig. 173). En poursuivant méthodiquement l'hémisection vers le col, on vient ouvrir facilement le cul-de-sac péritonéal antérieur. On sépare alors, aux doigts ou avec un instrument mousse, l'utérus de la vessie, puis, terminant l'hémisection, on ouvre le cul-de-sac vaginal antérieur.



Fig. 173. — Hystérectomie vaginale pour prolapsus. Procédé de Doyen. — Extraction de l'utérus; on commence l'hémisection d'arrière en avant. (D'après Doyen.)

On libère le pourtour du col en achevant de disséquer la collerette vaginale. Cette dissection ne va pas toujours sans une légère hémorragie, facilement arrêtée d'ailleurs. A ce moment, les deux moitiés de l'utérus sont complètement libres. Elles ne tiennent plus que par les ligaments larges (fig. 174).

3^e temps : Rotation et ligature des ligaments larges.

— Doyen fait alors subir à chaque moitié de l'utérus une rotation de 180° perpendiculairement à son axe. Les ligaments larges pren-



Fig. 174. — Hystérectomie vaginale pour prolapsus. Procédé de Doyen. — Aspect des deux moitiés de l'utérus séparées. Le fond de l'utérus est en bas et en arrière. Hernie de la vessie. (D'après Doyen.)

nent la forme de cordons spiroïdes d'un calibre inférieur à celui du petit doigt. Leur volume est encore réduit par l'emploi de la pince écrasante. Chaque ligament large est lié d'abord en masse, puis le fil est passé par transfixion au-dessous de la première ligature, et noué de nouveau à deux reprises. Les fils sont laissés longs et saisis de chaque côté avec une pince à forci-pressure.

4^e temps : Fermeture du péritoine et section des ligaments larges.

— La vessie, qui fait hernie, est repoussée dans la profondeur, et la collerette péritonéale soigneusement repérée. On passe alors, tout autour de l'orifice séreux, un fil desoie disposé comme le cordon d'une bourse. Ce fil traverse



Fig. 175. — Hystérectomie vaginale pour prolapsus. Procédé de Doyen. — Une torsion de 180° imprimée à chaque moitié de l'utérus a ramené le fond en avant. Pédiculisation des ligaments larges. Disposition en bourse du fil destiné à la fermeture du péritoine. (D'après Doyen.)

de chaque côté (fig. 175) les ligaments larges, quelques millimètres au-dessus du point où ils sont liés. En serrant la suture ainsi faufilée, on fronce l'ouverture péritonéale; la vessie se réduit progressivement. On sectionne alors les ligaments larges au-dessous des fils qui les lient; on sectionne également les chefs, maintenus longs, de ces ligatures. L'utérus enlevé, on achève la fermeture du péritoine en nouant la suture en bourse.

5^e temps : Colporraphie antérieure. — On achève le décollement de la paroi antérieure du vagin. On en résèque une partie de façon à obtenir une large perte de substance ovale. Celle-ci est suturée longitudinalement suivant l'un des procédés de colporraphie que nous avons décrits. Cette suture enfouit le moignon séreux.

6^e temps : Colpo-périnéorraphie. — Doyen l'exécute suivant un procédé mixte d'avivement et de dédoublement. Après avoir

dédoublé la cloison recto-vaginale, il résèque un large triangle de muqueuse vaginale. Il vient ensuite, au moyen d'une suture longitudinale, rétrécir considérablement le vagin en même temps que le périnée se trouve allongé.

VII. COLPECTOMIE TOTALE POUR PROLAPSUS DE L'UTÉRUS (Opération de Muller.)

La colpectomie totale (sans hystérectomie) pour prolapsus, ou opération de Muller, a été appliquée et décrite en France par Savariaud ⁽¹⁾, à qui nous empruntons les détails qui suivent: L'intervention n'est applicable que chez les femmes qui n'ont plus leurs règles, et qui n'ont plus de rapports sexuels. Étant donné un prolapsus complet (fig. 176) dans ces conditions, le

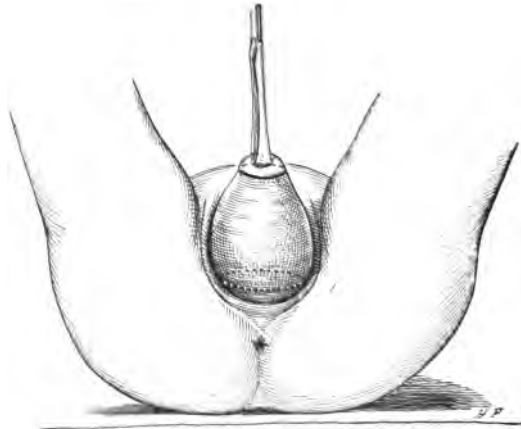


Fig. 176. — Colpectomie totale pour prolapsus. Tracé des incisions.
(d'après Mlle Krukowa.)

col est saisi au moyen d'une pince de Museux et fortement tiré en haut. Deux incisions circulaires, l'une au niveau du museau de l'utérus, l'autre le plus haut possible, permettent de circon-

1. Savariaud, *Ann. d'obst. gynec. et pueric.*, 1906, novembre.

scrire la totalité de la muqueuse vaginale (fig. 177), et de dépouiller ainsi la totalité du prolapsus grâce à son ablation. On refoule ensuite l'utérus et on le replace en position normale.



Fig. 177. — Colpéctomie totale pour prolapsus.
Coupe antéro-postérieure montrant l'étendue de vagin qui va être réséquée.
(D'après Savariaud.)

Puis on oblitère la cavité vaginale ainsi cruentée au moyen de sutures (fig. 178) et l'on ferme ce qui reste de vagin presque au ras de la vulve.

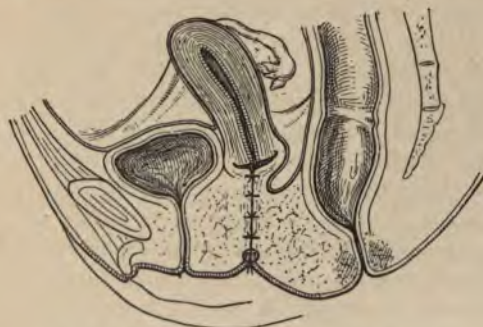


Fig. 178. — Colpéctomie totale pour prolapsus.
Opération terminée. Situation de l'utérus vu sur une coupe antéro-postérieure.
(D'après Savariaud.)

Employée dans les cas que nous avons précisés, cette curieuse opération donne des succès parce que l'utérus, privé de son conduit vaginal, s'atrophie.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE L'INVERSION
UTÉRINE (1)

La très grande majorité des cas récents d'inversion utérine sont réductibles sans opération sanglante. La seule cause d'irréductibilité immédiate, et elle est rare, est un véritable étranglement par le col utérin formant anneau constricteur; elle suppose donc une inversion incomplète, le col ne pouvant plus agir de la sorte quand l'utérus est complètement retourné.

Dans les cas de ce genre, il suffit de débrider le col pour pouvoir réduire sans difficulté; la technique de ces *débridements cervicaux*, autrefois proposés par Marion Sims et Barnes, a été bien réglée, dans ces dernières années, par Segond et son élève Fresson.

Il faut faire deux incisions latérales profondes, remontant jusqu'à la région de l'isthme et sectionnant en totalité la portion sous-vaginale du col; ceci fait, on fixe avec des pinces les lèvres de l'incision et on réduit; il faut se souvenir que, pendant la réduction, il est mauvais de maintenir l'utérus abaissé et qu'il vaut mieux le laisser remonter en position normale, tout en le maintenant avec les pinces (Pinard). On termine en tamponnant l'utérus et le vagin; la suture des incisions cervicales est inutile et leur béance assure mieux le drainage.

C'est surtout dans l'inversion ancienne que le chirurgien aura à intervenir, car l'irréductibilité est ici la règle. On peut tenter la réduction de l'organe inversé ou en pratiquer l'exérèse; comme il s'agit toujours ici de femmes jeunes, en pleine activité génitale, on donnera la préférence aux opérations conservatrices et les indications de l'hystérectomie seront faites des contre-indications à ces opérations; ces contre-indications sont

(1) Nous faisons, pour ce chapitre, de nombreux emprunts à l'excellent travail de Fresson, *Traitement de l'inversion utérine*, Thèse de Paris, 1902.

l'abondance des hémorragies menaçant immédiatement l'existence et surtout la gangrène, partielle ou totale, de l'utérus inversé.

Dans ces cas donc, on fera l'*hystérectomie vaginale*, en préférant de préférence l'hémisection médiane : il est possible « d'abaisser l'utérus en presque totalité hors de la vulve, à tel point qu'on peut saisir à pleines mains l'organe inversé; rien n'est donc plus simple que de le trancher au ras de son insertion vaginale » (Segond).

Nous n'ajouterons rien sur la technique de cette hystérectomie, l'ayant déjà étudiée au chapitre précédent.

Dans tous les autres cas, il faut conserver l'utérus, après l'avoir réduit et remis en place par une intervention sanglante. Deux voies ont été employées pour cette réduction. La *voie abdominale*, tentée par Gaillard Thomas, qui perdit une malade sur deux opérations, puis par Munde, Malins, Skene, Spinelli, etc., n'a permis que 9 fois la réduction, sur 15 cas où elle a été employée; chez les 4 autres malades, on a dû recourir à l'hystérectomie.

C'est donc aux *opérations par le vagin* qu'il faut donner la préférence. Elles consistent essentiellement à inciser l'une des parois de l'utérus inversé dans toute sa hauteur, à le retourner comme un gant et, enfin, à le réduire dans le bassin. Mais on peut faire cette incision, soit sur la paroi antérieure, soit sur la paroi postérieure de l'utérus; il y a donc deux méthodes : la *colpo-hystérotomie postérieure*, ou méthode de Küstner, et la *colpo-hystérotomie antérieure*, ou méthode de Kehrer, perfectionnée par Spinelli et par Ovi.

C'est l'opération de Küstner qui a été employée le plus souvent; elle a été perfectionnée, en France, par Duret; en Italie, par Piccoli, Morisani et Sava. La technique primitive de Küstner, employée 10 fois, a permis la réduction dans 5 cas; la technique améliorée a donné 7 succès sur 7 cas (Fresson). Nous donnons ici le procédé de Duret, qui nous paraît excellent.

Colpo-hystérotomie postérieure (procédé de Duret).

On commence par un nettoyage soigneux du vagin et de l'utérus inversé, dont il faut habituellement curetter la surface.

Puis l'organe, saisi par une pince à abaissement, est amené hors de la vulve et l'on complète l'inversion, si c'est nécessaire, en tirant sur la pince.

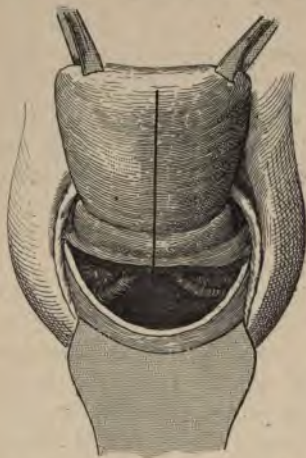


Fig. 179. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. 1^{er} temps : ouverture du cul-de-sac de Douglas.

1^{er} temps : *Incision du cul-de-sac postérieur.* — Cette incision, faite transversalement juste au-dessus du museau de tanche, facile à reconnaître par la vue et le palper, doit ouvrir largement le cul-de-sac de Douglas (fig. 179), de façon à permettre l'introduction du doigt qui va reconnaître l'infundibulum utérin, vide ou refermant les annexes et parfois une anse intestinale.

2^e temps : *Incision verticale médiane postérieure de l'utérus.* — Elle part du milieu de l'incision vaginale, divise le col dans toute son épaisseur et la paroi utérine postérieure dans toute sa hauteur (fig. 180), allant ainsi de la muqueuse jusqu'au péritoine qui tapisse l'infundibulum.



Fig. 180. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. 2^e temps : incision médiane postérieure de l'utérus.

3^e temps : *Réduction de l'inversion.* — « Il s'agit alors de réduire sur place l'utérus inversé. Celui-ci est en somme formé de deux coques encore réunies en avant ; plaçant alors les pouces sur la paroi antérieure, que l'on repousse en arrière, tandis que les autres doigts vont saisir et attirer en avant les lèvres de l'incision

longitudinale postérieure, on retourne (fig. 181) ainsi la paroi utérine. Ce temps est toujours extrêmement facile et, une fois terminée, l'opération en est au point suivant : on a une section transversale du cul-de-sac postérieur; l'utérus est dans le vagin, le fond en bas; la paroi postérieure, divisée, est devenue antérieure, et la surface péritonéale, primitivement interne, se retrouve en dehors; il est alors dans la position qu'il occupe dans l'hystérectomie vaginale, quand, après incision du cul-de-sac vaginal postérieur, on attire le fond et on le bascule complètement en bas et en avant. Il ne s'agit plus maintenant que de fermer (fig. 182) la brèche utérine et de remettre l'organe en place. » (Fresson).

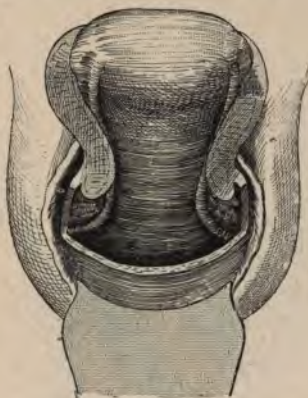


Fig. 181. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. 5° temps : retournement de la coque utérine.



Fig. 182. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. Début du 4° temps : le rabattement en avant des deux valves utérines n'est pas encore terminé. Vue latérale. Schéma. (D'après Fresson.)

4^e temps : Suture de la ligne de section de l'utérus en commençant par le fond de l'organe, jusqu'à l'isthme.

— Il faut faire deux plans de sutures superposées : le premier est un surjet sur la muqueuse ; le second est à points séparés, prenant le

muscle et le péritoine. Duret suture dans un premier temps le corps de l'utérus jusqu'à l'isthme (fig. 183), puis il réduit l'organe dans la cavité pelvienne.

5^e temps : Reposition de l'utérus et reconstitution du col

utérin. — Lorsque l'utérus est ainsi retourné sur lui-même (fig. 184), on le fait basculer de bas en haut, pour le réintégrer

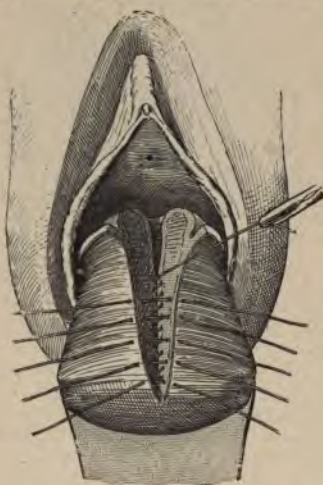


Fig. 185. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. 4^e temps : suture de l'utérus du fond jusqu'à l'isthme.

dans la cavité pelvienne à travers l'incision transversale du cul-de-sac postérieur. Si celle-ci est insuffisante, on la complètera par un débridement vertical en T branché en son milieu. Pendant la reposition, des pinces écartent les lèvres de cette incision vaginale. Après refoulement du corps utérin dans l'excavation, on reconstitue le col resté ouvert en arrière (fig. 185), puis on suture au catgut l'incision longitudinale du vagin, laissant ouverte au contraire l'incision transversale.

Il convient, en effet, de drainer largement (fig. 186) le Douglas; l'utérus présentant une tendance à basculer en

le Douglas; l'utérus présentant



Fig. 184. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. Le 4^e temps est achevé (la suture est supposée totale). Vue latérale. Schéma. (D'après Fresson.)

arrière et à se fixer en rétroversion par adhérence de sa ligne de suture postérieure avec le rectum, il faut avoir soin de

bouarrer de gaze le Douglas et le vagin, pour soutenir l'organe



Fig. 185. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. 5° temps : Reposition de l'utérus et reconstitution du col utérin.



Fig. 186. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. Opération terminée.

en bonne position (fig. 187). C'est pour éviter cette tendance à la rétroversion, que l'on préfère opérer par colpo-hystérotomie antérieure.



Fig. 187. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. L'utérus est replacé après bascule. Vue latérale. Schéma. (D'après Fresson).

Opération césarienne vaginale

(Opération de Dührssen.)

Sous le nom d'opération césarienne par voie vaginale, Dührssen a décrit une intervention peu dangereuse qui, se pratiquant par le vagin, permet l'extraction d'un enfant vivant, malgré l'atrésie du col. Elle n'est, dans certains cas, que le premier temps d'une hystérectomie vaginale qu'on pratique immédiatement après l'accouchement. Cette opération, simplement imaginée par Dührssen, en 1895, a été exécutée trois mois plus tard par Acconci, d'où résulte une question de priorité difficile à établir. La césarienne vaginale est pratiquée presque exclusivement en Allemagne et en Italie, où on lui reconnaît surtout comme indication les cas de dystocie cervicale causée par le cancer, le fibrome, etc., ou bien la nécessité de faire un accouchement absolument immédiat (éclampsie). Voici le manuel opératoire réglé par Dührssen :

Le col utérin, rendu bien visible par l'application de larges valves, est saisi avec deux pinces à préhension et abaissé autant que possible. Ouverture des culs-de-sac vaginaux antérieur et postérieur comme dans l'hystérectomie, mais sans ouvrir le péritoine. On décolle la vessie et le Douglas avec grand soin : tout le long du col ainsi isolé, hystérotomie médiane antérieure et postérieure. Cette discision complète permet à la main de rompre les membranes et d'extraire le fœtus directement ou avec le forceps. Après la délivrance, on suture les incisions comme après l'hystérectomie pour fibromes.

S'il s'agit d'un néoplasme, il vaut mieux, dès que l'enfant est extrait et le cordon ombilical coupé, ouvrir les culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur, et terminer rapidement par une hystérectomie vaginale suivant le procédé de Doyen. Dührssen a suivi cette conduite dans un cas de rupture utérine, mais il est alors préférable, à mon avis, de recourir à la laparotomie.

TROISIÈME PARTIE

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES : VOIE ABDOMINALE

CHAPITRE I

TECHNIQUE GÉNÉRALE DE LA LAPAROTOMIE POUR LÉSIONS UTÉRO-ANNEXIELLES

Bien que la description générale de la laparotomie ait été faite dans le volume de ce *Précis* consacré par Guibé à la *Chirurgie de l'abdomen*, il nous paraît indispensable de revenir sur ce sujet en envisageant spécialement les opérations gynécologiques.

Après avoir décrit rapidement la préparation de la malade, nous étudierons dans ce chapitre les temps essentiels de toute laparotomie : incision de la paroi abdominale et exposition du champ opératoire, — traitement des adhérences et hémostase, — péritonisation, fermeture du ventre et drainage.

Préparation de l'opérée. — Sauf les cas d'urgence, on aura soin de commencer quelques jours d'avance le nettoyage de la malade. Puis la veille de l'opération, après un bain de propreté, on rasera les poils de la région pubienne et on nettoiera soigneusement, au savon et à l'alcool, la paroi abdominale, qui sera ensuite recouverte de compresses aseptiques maintenues par un bandage de corps ; ce pansement restera en place jusqu'au moment de l'opération.

Il est également indispensable de désinfecter autant que possible le vagin par des injections répétées, car on peut être amené à ouvrir ce conduit au cours de l'opération.

Une dernière précaution à prendre est l'évacuation de l'intestin. C'est le meilleur moyen de n'être pas gêné par les anses intestinales au cours de l'intervention, et surtout d'évi-

LA CONTINENCE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES : VOIE ABDOMINALE.

On a la malade les vomissements **copieux**. Dans ce but, la malade sera purgée l'avant-veille de l'opération et lavementée la nuit, puis maintenue à la diète.

Il n'existe pas sur la préparation du **chirurgien** et de ses aides, qui ne présente ici rien de **particulier**. La propreté la plus stricte est, bien entendu, nécessaire : on ne doit avoir béciles depuis quarante-huit heures au moins, rien de septique par contact, ni même de douteux. Si ces conditions ne sont pas réalisées, répéter qu'avec des gants.

Position du opérée et nettoyage du champ opératoire. — Le plus grand progrès technique, réalisé en chirurgie péritonéale dans les quinze dernières années, est certainement l'emploi de la position inclinée, dite *position de Trendelenburg* et popularisée en France par Porzi et Delagenière. Elle est aujourd'hui universellement adoptée, car elle a réellement transformé les conditions opératoires.

Tant qu'on étendait, alors qu'on plaçait la malade dans le décubitus horizontal, le chirurgien opérait péniblement dans le fond d'un bassin peu accessible et mal éclairé et qu'une de ses préoccupations constantes était de contenir les anses intestinales pour éviter tout moment l'envahissement du champ opératoire, aujourd'hui, l'opéré est couché sur la malade rejetée l'arrière, les pieds surprop, pendant qu'il tend vers le diaphragme, et qu'il opère dans un champ péritonéal, dont tous les points se présentent à l'œil et à la main du chirurgien.

Tant que l'emploi de la position de Trendelenburg réalisait ces avantages, tendait à leur donner à l'opérée une inclinaison gênante, vers l'arrière, considérable, le plan sur lequel elle reposait était, avec l'horizontale, un angle de 45 à 50°.

On peut, d'ailleurs, réaliser cette attitude d'une façon très simple en soulevant le bassin sur une pile de coussins ou sur la paupière d'un aide. Mais, ces procédés de fortune, vraiment trop primitifs, ne sont guère de mise, aujourd'hui; on pourra, par quelque moyen, se procurer l'une des nombreuses tables d'opération qui permettent de donner toutes les attitudes à la malade, ou, à défaut de table spéciale, un plan incliné portatif pouvant se placer sur une table ordinaire.

(1) Il faut préférer le *Tablet* qui permet au chirurgien d'incliner facilement l'opérée et de la ramener à l'horizontale.

Avant de mettre l'opérée en position inclinée, on pratique le nettoyage du champ opératoire; il faut successivement :

1° *Faire le cathétérisme de la vessie*, précaution indispensable.

2° *Nettoyer soigneusement le vagin*; on commence par savonner le canal et en frotter toutes les anfractuosités avec une brosse fine ou mieux avec les doigts enveloppés d'une compresse de gaze, puis on donne une injection de deux litres de sublimé faible;

3° *Nettoyer la paroi abdominale*, ce qui doit être fait, avec autant de soins que l'opération elle-même, par le chirurgien ou par un aide de confiance dont les mains ont été préalablement bien désinfectées; on fait ce nettoyage avec du savon⁽¹⁾ et une brosse aseptique ou un tampon de paille de bois qui a, sur la brosse, le double avantage d'être moins traumatisant pour la peau, tout en réalisant un nettoyage mécanique aussi complet, et de ne servir qu'une fois. Après avoir enlevé l'excès de savon au moyen d'une compresse stérilisée, on lave encore la paroi avec de l'alcool ou de l'éther pour bien la dégraisser, puis avec une solution de sublimé à 1 pour 1000. Il faut donner une attention particulière au nettoyage de l'ombilic, déplié au moyen d'une pince de Kocher.

Le nettoyage une fois terminé, le chirurgien n'a plus qu'à limiter le champ opératoire avec des serviettes stérilisées.

L'opération. — Le chirurgien se place généralement à gauche⁽²⁾ de la malade et son aide principal en face de lui.

(1) Beaucoup de chirurgiens emploient de préférence, pour le nettoyage du malade et pour le lavage des mains, du savon liquide. Voici la formule de celui qui était en usage dans le service du professeur Terrier :

Savon blanc.	} à 1 kg.
— noir.	
Huile.	} 50 litres.
Eau.	
Naphtol.	25 grammes.
Essence de citron. . .	Q. S. pour parfumer.

(2) Quelques chirurgiens, et des meilleurs, préfèrent la position à droite pour les manœuvres ultérieures. Il faut alors, à l'exemple du professeur Terrier, inciser la

Cet aide unique peut et doit être suffisant pour l'acte opératoire lui-même; mais si l'on n'emploie pas des écarteurs maintenus en place automatiquement, un second aide est indispensable, au moins dans l'hystérectomie, pour tenir les valves.

Il est facile de préparer à l'avance les fils qui seront nécessaires au cours de l'opération; on gagne ainsi du temps et l'on supprime l'aide supplémentaire que certains chirurgiens emploient à couper et à passer les fils.

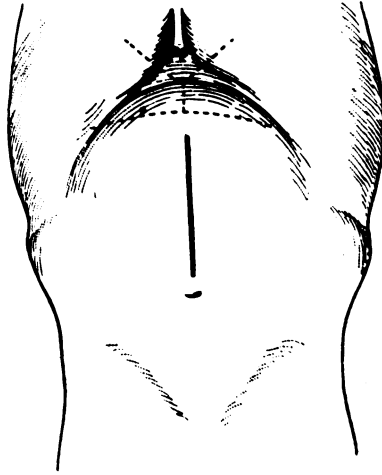


Fig. 188. — Laparotomie sous-ombilicale.
Tracé de l'incision.

A. Incision de la paroi abdominale. Incision verticale. — On emploie le plus souvent en France, en chirurgie gynécologique, l'incision verticale et médiane sous-ombilicale (*). A l'étranger, l'incision transversale de Pfannenstiel, que nous étudions plus loin, est de plus en plus en honneur.

L'incision verticale habituelle descend en bas jusqu'à un ou deux travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la symphyse (fig. 188); en haut, on la prolonge plus ou moins suivant les besoins; rarement il faut remonter au-dessus de l'ombilic; on la dévierait, dans ce cas, à gauche de la cicatrice.

Le bistouri divise successivement, couche par couche :

1° *La peau et le tissu cellulaire sous-cutané*; on sectionne toujours un certain nombre d'artérioles qu'il est habituelle-

peau. Le malade étant en position horizontale, et ne faire donner l'inclinaison qu'immédiatement après.

1. L'incision latérale, analogue à celle qu'on emploie pour l'anus iliaque ou pour l'ouverture des abcès appendiculaires, n'est indiquée qu'exceptionnellement pour évacuer une collection purulente adhérente à la paroi, sans traverser la grande cavité péritonéale. *Laparotomie sous-péritonéale* de Porro, *extra-péritonéale* de Eardeneher.

ment inutile de pincer⁽¹⁾ ; l'abondance des vaisseaux pariétaux peut faire prévoir l'existence d'adhérences dans la profondeur.

2° *L'aponévrosé* ; il faut, autant que possible, faire cette section entre les muscles droits (fig. 189), là où il n'y a qu'un plan fibreux unique et avasculaire ; mais la ligne blanche est fort étroite au-dessous de l'ombilic et, si l'on ne se tient pas exactement sur la ligne médiane, on ouvre la gaine d'un des muscles droits : il faut alors se reporter en dedans de son bord interne. Les lèvres de l'incision aponévrotique sont repérées par des pinces ;



Fig. 189. — Laparotomie sous ombilicale. Séparation des muscles droits.

5° *Le péritoine*, qu'on reconnaît à la couche grasseuse, plus ou moins épaisse, qui le double. L'ouverture de la séreuse demande des précautions dans tous les cas ; elle devient particulièrement délicate lorsqu'il y a des adhérences profondes avec un viscère malade. On la fait de la manière suivante : avec deux pinces à griffes ou deux pinces de Kocher, on soulève un repli transversal de la séreuse, en ayant bien soin de ne prendre que le péritoine et de ménager ce qui peut se trouver au-dessous de

(1) Lorsque l'hémorragie nécessite la pose de pinces, on ne lie cependant ces petits vaisseaux qu'au moment de suturer la peau, parce que des ligatures mises dès le début risqueraient de s'infecter pendant les manœuvres opératoires ; en outre, beaucoup d'artérioles sont suffisamment oblitérées par le pincement et ne saignent plus lorsqu'on enlève les pinces.

lui (épiploon, intestin); puis on incise verticalement ce pli

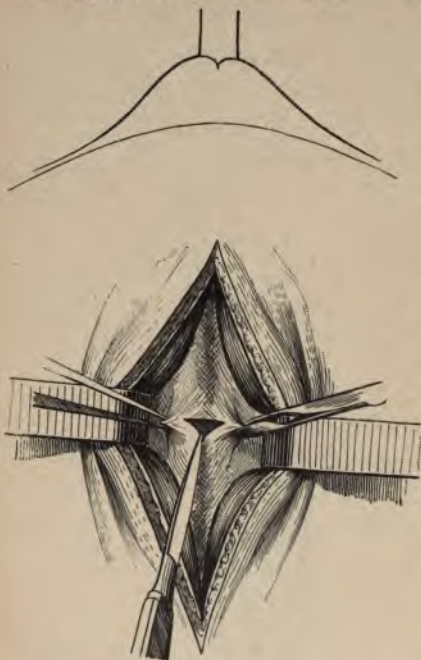


Fig. 190. — Laparotomie sous-ombilicale. Ouverture du péritoine.

qu'il faut ménager, et qui, d'ailleurs, court peu de risques si elle a été vidée au préalable; les doigts, pinçant la séreuse, reconnaissent facilement l'épaississement constitué par cet organe.

Les lèvres de l'incision sont soigneusement repérées par des pinces. Puis on met, de chaque côté, une grande compresse recouvrant la paroi incisée, ainsi que les pinces d'hémostase et de repère.

avec le bistouri (fig. 190) ou les ciseaux et l'on reconnaît aussitôt que l'on a pénétré dans une cavité libre. L'index gauche est alors introduit par l'ouverture ainsi faite; il charge la séreuse et elle seule et, sur ce doigt protecteur, on agrandit l'incision (fig. 191) au-dessus et au-dessous, autant qu'il est utile : en bas, on pénétrera à la vessie (fig. 192)

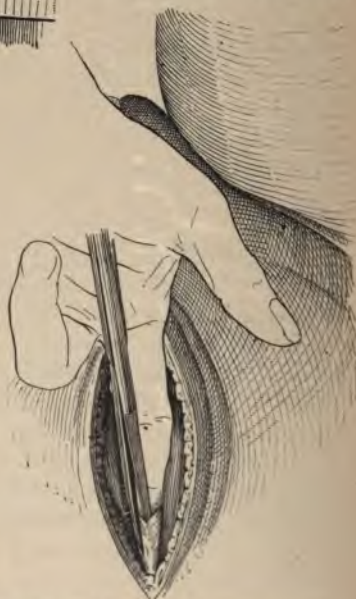


Fig. 191. — Laparotomie sous-ombilicale. Agrandissement de l'incision péritonéale.

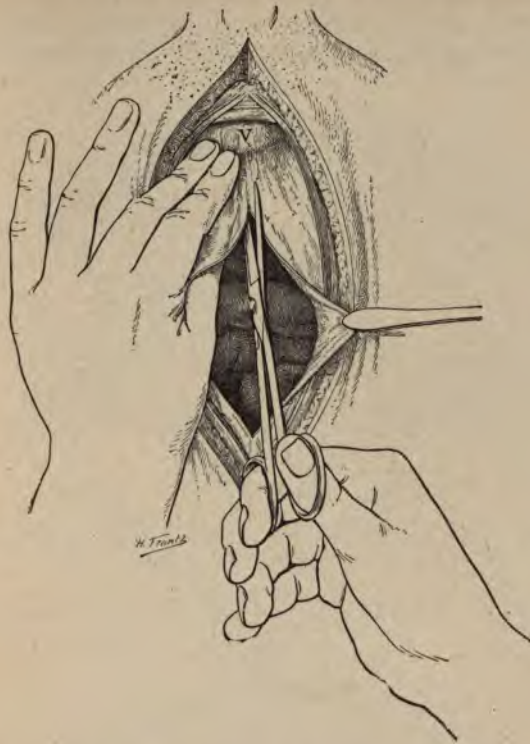


Fig. 192. — Moyen d'éviter la blessure de la vessie (V) dans les laparotomies sous-ombilicales. (Guibé.)

Incision transversale. — L'incision transversale de la peau, faite dans les poils, immédiatement au-dessus du pubis, suivie d'incision verticale et médiane de la ligne blanche et du péritoine, a été recommandée par Küstner en Allemagne, par Segond, Dartigues, Morestin en France. Cette incision cruciale est uniquement une incision esthétique. On a pu l'utiliser dans des cas de très petites lésions annexielles mais elle n'est applicable qu'à des tumeurs peu volumineuses et non adhérentes, et ne doit être employée que d'une manière exceptionnelle.

Très différente est l'incision de Pfannenstiel. La peau est bien sectionnée transversalement, mais le feuillet antérieur de la gaine des droits est incisé de même (fig. 195) et soigneuse-

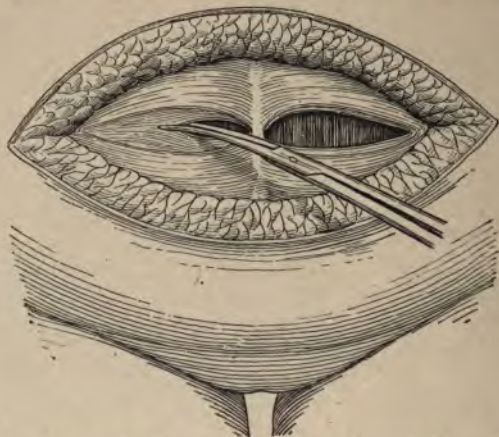


Fig. 195. — Incision de Pfannenstiel. Section transversale de l'aponévrose.
(D'après Krönig et Döderlein.)

ment détaché de la ligne blanche (fig. 194) en haut et en bas,



Fig. 194. — Incision de Pfannenstiel. Le lambeau aponévrotique antérieur est détaché de la ligne blanche. (D'après Krönig et Döderlein.)

ce qui permet d'en écarter les deux lèvres confiées à des pinces

sur une grande étendue verticale. Dans l'aire de cet écartement le péritoine est incisé longitudinalement (fig. 195). Les muscles grands droits, ainsi complètement libérés de leurs gaines, se laissent refouler très loin sur les parties latérales et l'inci-

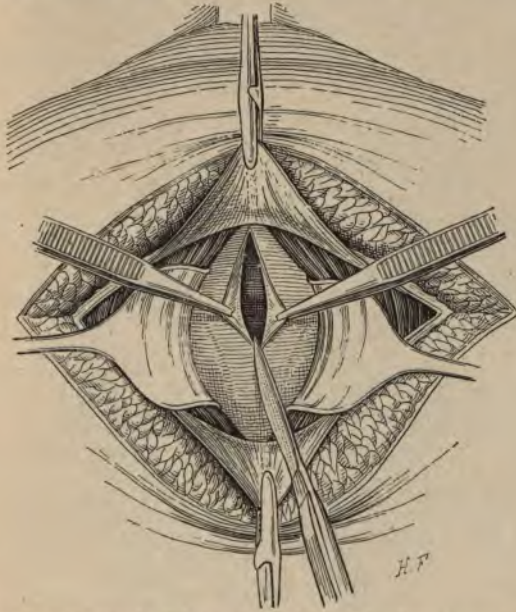


Fig. 195. — Incision de Pfannenstiel. Les deux lambeaux aponévrotiques sont attirés vers le haut et vers le bas. Les muscles droits sont écartés. Incision longitudinale du péritoine. (D'après Krönig et Döderlein.)

sion donne ainsi un jour excellent sur le petit bassin (fig. 196). A l'étranger elle est couramment employée pour les hystérectomies les plus difficiles. Cette incision est aussi très favorable au point de vue de la réfection de la paroi. Les muscles droits sont en effet suturés l'un à l'autre par leurs bords internes et par devant eux le tablier aponévrotique rabattu est suturé transversalement, ce qui met tout à fait à l'abri des risques d'éventration post-opératoire.

B. Exposition et garniture de l'excavation pelvienne.

— Il s'agit maintenant d'écarter les bords de l'incision pariétale pour découvrir largement le bassin dans lequel on va

Très dur
bien section
la gaine des

Ego (1910)
ment (1910)

la partie large est d'abord présentée parallèlement à l'incision médiane, puis est ramenée, par une rotation d'un quart de tour, à sa place définitive.

Dès l'ouverture de la paroi, si la malade est en position inclinée et s'il n'y a pas d'adhérence fixant l'épiploon ou l'intestin dans le bassin, ces viscères sont retombés vers la partie supérieure du ventre et laissent voir l'excavation pelvienne et son contenu.

Avant d'aller plus loin, il faut isoler complètement l'intestin du champ opératoire, en le recouvrant de compresses stérilisées qui le protégeront du contact des mains et des instruments, l'empêcheront de se précipiter au dehors si la malade, insuffisamment endormie, fait des efforts de



Fig. 197. — Introduction de valve sus-pubienne.

toux ou de vomissement, éviteront son infection si quelque poche à contenu septique est rompue au cours de l'opération. C'est là un des temps les plus importants de la laparotomie et il faut disposer ces compresses avec le plus grand soin.

Les grandes compresses dites habituellement *champs*, sont faites de toile ou de gaze; dans un cas comme dans l'autre, elles doivent être ourlées. Il ne faut prendre que de grandes compresses qui garnissent mieux que les petites; elles ont moins de chance de passer inaperçues et d'être oubliées dans le ventre. C'est pour éviter ce dernier accident que beaucoup de chirurgiens mettent une pince sur leurs compresses; cette précaution est inutile si l'on n'emploie pas un nombre exagéré de compresses, et si l'on fait une revision soignée du bassin avant de refermer le ventre.

C. Traitement des adhérences. — Nous ne pouvons, dans ce chapitre, donner sur ce sujet que des indications géné-

rales; nous croyons utile de le faire pour éviter des redites ultérieures.

Les adhérences qu'on rencontre au cours des laparotomies sont extrêmement variables : nulles ou insignifiantes dans certains cas, elles créent dans d'autres des difficultés extrêmes. Pratiquement, on peut distinguer des adhérences lâches, filamenteuses, en forme de brides et des adhérences serrées, en surface. Les premières ne constituent jamais un obstacle bien sérieux : rien n'est plus simple que de les couper, en se rappelant toutefois qu'elles peuvent renfermer des vaisseaux et nécessiter une ligature.

Ce sont les adhérences larges et serrées qui sont réellement embarrassantes. Elles peuvent réunir l'utérus et les annexes à la paroi abdominale, à l'épiploon, à l'intestin (anses grêles ou côlon). Leur traitement varie suivant chaque variété.

a) *Adhérences pariétales.* — On essaiera de trouver le plan de clivage, qui permet de séparer les viscères du péritoine pariétal et cette séparation sera souvent possible; sinon on incisera le péritoine pariétal tout autour de la zone adhérente et on le décollera avec les parties à enlever.

b) *Adhérences épiploïques.* — Si elles sont résistantes et ne se laissent pas détacher facilement, il faut sectionner l'épiploon au-dessous d'une ligature unique si l'adhérence est étroite; si elle est large, on divisera l'épiploon en une série de petits pédicules qui seront liés isolément; nous renvoyons pour la technique de ces ligatures à la *Chirurgie de l'abdomen*, de Guibé (p. 15).

c) *Adhérences intestinales.* — Ce sont elles qui créent les plus grandes difficultés, car il faut éviter autant que possible l'ouverture de l'intestin. Lors donc qu'on ne trouvera pas facilement un plan de clivage permettant la séparation des deux viscères, il vaudra mieux laisser un fragment de trompe ou de poche adhérent à l'intestin. Si, après la décortication des annexes, la surface d'une anse intestinale apparaît éraillée et saignante, on enfouira le point suspect par des sutures de Lembert (Voir Guibé). S'il se produit une déchirure complète de l'intestin, on la refermera aussitôt par un double plan de sutures, suivant la technique habituelle sur laquelle nous n'avons pas à insister ici.

D. Hémostase. — L'appareil génital interne de la femme, utérus et annexes, est tout entier irrigué par six artères, trois de chaque côté. Les deux principales, utérine et utéro-ovarienne, s'anastomosent à plein canal pour former une longue arcade artérielle qui longe successivement de bas en haut le cul-de-sac latéral du vagin, le bord externe de l'utérus et le bord inférieur de la trompe et de l'ovaire, occupant la base, puis le bord interne et enfin le bord supérieur du ligament large. Tout le reste, c'est-à-dire toute la partie moyenne de ce ligament, est avasculaire.

L'*artère utéro-ovarienne*, née de l'aorte abdominale, aborde le ligament large par son angle supérieur et externe (ligament infundibulo-pelvien). L'*artère utérine*, source principale d'irrigation des organes génitaux, est une branche de l'hypogastrique : elle descend d'abord le long de la paroi pelvienne, puis, décrivant une crosse à concavité supérieure, elle aborde les côtés du dôme vaginal, puis de l'utérus qu'elle suit jusqu'à la corne utérine ; ses rapports sont surtout importants à connaître au niveau de sa crosse : c'est là qu'elle croise l'uretère, un peu au-dessous de l'isthme utérin, à 15 ou 20 millimètres en dehors du col de l'utérus ; c'est là également qu'elle donne naissance à un certain nombre de branches qui vont aux culs-de-sac du vagin et au bas-fond vésical, branches qui saignent au niveau de la branche vaginale dans une hystérectomie totale et dont l'hémostase est parfois délicate ; plus haut, l'utérine donne une série de branches au corps de l'utérus. Ces branches sont horizontales et il suffit de lier le tronc d'origine immédiatement au-dessous d'elles pour avoir une hémostase parfaite dans l'hystérectomie supravaginale ; elles n'atteignent pas la ligne médiane et les sections passant exactement par le milieu de l'utérus sont exsangues.

La troisième artère qui se distribue aux organes génitaux est une branche de l'épigastrique, l'*artère funiculaire*, qui accompagne le ligament rond et s'épuise sur la corne utérine ; elle est beaucoup moins importante que les précédentes.

De cette courte description anatomique, que l'on complètera dans les livres classiques, résultent les faits suivants :

1° *Lorsqu'on enlève les annexes* (trompe, ovaire, ou les deux à la fois), *il faut et il suffit de deux ligatures*, l'une en dehors sur l'artère ovarienne, vers le ligament infundibulo-pelvien

l'autre en dedans, sur l'utérine, vers la corne. Souvent d'ailleurs on peut pédiculiser l'organe à enlever et lier en masse les deux artères prises dans un même fil; mais ce n'est pas là le procédé d'hémostase idéal (Voir chap. II. — Ablation des salpingites).

2° *Lorsqu'on enlève l'utérus, avec ou sans les annexes, il faut et il suffit de six ligatures* : trois de chaque côté, sur l'utéro-ovarienne, la funiculaire et l'utérine. Ceci n'est strictement exact que pour l'hystérectomie supravaginale; dans l'hystérectomie totale, il faut souvent quelques ligatures complémentaires sur les branches vaginales de l'utérine.

Dans toute opération abdominale, l'hémostase doit être assurée par des ligatures. L'emploi des pinces à demeure, qui empêchent de fermer complètement la plaie abdominale, ne saurait être généralisé ici comme dans les opérations vaginales : tout au plus, peut-on y avoir recours dans des cas exceptionnels, comme procédé de nécessité.

L'angiотripsie, employée seule, est une méthode inefficace, dangereuse et universellement abandonnée aujourd'hui. Certains chirurgiens écrasent cependant, avec des pinces spéciales, les gros pédicules pour en réduire le volume et les lier plus facilement. Nous ne croyons pas cette manœuvre nécessaire, car nous préférons, d'une façon générale, à la ligature en masse des pédicules, petits ou gros, la ligature isolée des artères qu'ils renferment.

On peut placer le fil avant de couper l'artère, si celle-ci a été découverte, ou bien couper le vaisseau, le pincer, puis le lier; c'est affaire d'habitude et de goût.

Il ne faut pas lier directement l'artère saisie par une pince, car le fil pourrait glisser et donner une hémorragie secondaire. Il faut passer ce fil au moyen d'une aiguille, mousse ou pointue, qui charge avec l'artère une petite quantité des tissus environnants; on assujettit ensuite le fil par un nœud double (triple lorsqu'on emploie du catgut) bien serré et l'on est certain d'avoir une hémostase complète et définitive.

On discute encore sur le meilleur matériel à employer pour faire ces ligatures et le chirurgien suivra ici ses préférences, choisissant entre le catgut, la soie et le fil de lin. La majorité des opérateurs préfèrent le catgut qui a l'immense avantage de se résorber: en employant des fils moyens, pas trop gros, soi-

gneusement noués (car les nœuds ont une certaine tendance à se relâcher), c'est, croyons-nous, un bon mode d'hémostase.

La soie, à la double condition d'être fine, et d'être parfaitement aseptique, est bien tolérée et donne une hémostase très solide ; mais la moindre infection détermine la production d'une fistule jusqu'à élimination du fil.

E. Péritonisation. — Quand les parties malades ont été enlevées et que les ligatures sont faites, les temps essentiels de l'opération sont terminés. Il reste cependant quelques surfaces de l'excavation pelvienne, sanglantes et suintantes, qui n'ont pas repris leur aspect normal ; ce sont les tranches des pédicules sectionnés et les surfaces cruentées dues à la décortication des adhérences.

On ne s'occupait pas autrefois de ces détails et on refermait le ventre, avec ou sans drainage, en laissant à la formation des fausses membranes péritonéales le soin d'enfouir ces points saignants. A l'heure actuelle, et c'est là un progrès technique important, on préfère enfouir sous des sutures séro-séreuses toutes les surfaces cruentées ; on fait une véritable autoplastie péritonéale, une *péritonisation*, dont le résultat est qu'une fois l'opération terminée l'aspect de l'excavation pelvienne est partout normal, sans le moindre point saignant.

Cette péritonisation a le triple avantage de s'adresser à la fois à l'hémorragie, à l'infection et à la production des adhérences intestinales, qui sont les trois dangers essentiels après les laparotomies. Elle supprime le suintement sanguin en nappe au niveau des surfaces cruentées. Elle combat l'élément infectieux par des moyens multiples : d'abord parce qu'elle est hémostatique ; ensuite parce qu'elle favorise la résorption des liquides épanchés dans le péritoine ; en dernier lieu, enfin, parce qu'elle constitue une barrière qui limite le processus inflammatoire. En ne laissant en contact que des surfaces lisses, partout tapissées de séreuse, elle empêche la production d'adhérences intestinales et supprime ainsi la cause la plus importante des occlusions post-opératoires.

Nous ne pouvons donner ici en détail la technique de la péritonisation qui est évidemment variable avec chaque opération et presque avec chaque cas. Cette technique sera indiquée, pour

chaque opération, dans les chapitres suivants ⁽¹⁾. D'une manière générale, on peut avoir affaire soit à des cas faciles, sans grand délabrement et avec peu d'adhérences (kystes de l'ovaire, fibromes), et la péritonisation par un surjet à la Lembert est alors des plus faciles, soit à des cas de tumeurs très adhérentes dont l'ablation laisse de larges surfaces cruentées (salpingites) : il faut alors, pour recouvrir ces surfaces, mobiliser le péritoine des organes voisins et suturer, par-dessus les moignons utérins ou tubaires, la séreuse de la vessie à la séreuse du côlon pelvien.

F. Reconstitution de la paroi abdominale. — On renouvelle alors les compresses qui garnissaient le champ opératoire. On essuie soigneusement, avec une compresse montée, le fond du cul-de-sac de Douglas. On vérifie les ligatures et sutures ; on s'assure qu'il n'y a pas le moindre suintement sanguin. Il ne reste plus ensuite qu'à refermer le ventre. On peut, si l'on veut, remettre à ce moment la malade en position horizontale.

On enlève les compresses qui recouvraient l'intestin et celui-ci revient à sa place dans le bassin. On étale au-devant de lui une compresse propre qui sera graduellement retirée à mesure qu'on fait la suture pariétale. On enlève les pinces placées au début sur les petits vaisseaux de la paroi et, si l'un d'eux saigne encore, on le lie.

Les procédés de suture de la plaie abdominale sont nombreux ; tous prétendent réaliser une fermeture simple et solide et éviter les éventrations. Nous allons décrire les deux méthodes les plus usitées : la suture à un seul plan et à fils temporaires et la suture à plusieurs plans superposés et à fils perdus. C'est cette dernière qui semble préférée à l'heure actuelle, mais beaucoup de chirurgiens, comme Routier, Ricard, restent fidèles au plan unique qui, dans tous les cas, rendra des services lorsqu'il faut finir vite une opération (rupture de grossesse tubaire, par exemple).

a) *Suture à un seul plan et à fils temporaires.* — On peut la faire avec des crins de Florence doubles ou de la grosse soie, mais les fils métalliques (argent, bronze d'aluminium) sont

(1) Pour plus de détails sur la question, voir : Quénu et Judet, *Rev. chir.*, 1901, et Judet, *Thèse de Paris*, 1902.

bien préférables parce qu'ils sont lisses, solides et faciles à parfaitement stériliser.

On place une anse de fil tous les deux centimètres environ ; il en faut donc quatre ou cinq pour réunir une plaie ordinaire de laparotomie. Chaque anse est passée avec une aiguille solide, longue et fortement recourbée⁽¹⁾, qui prend, sur chaque lèvre de l'incision et largement, la peau, l'aponévrose et le muscle droit, le péritoine (fig. 198).

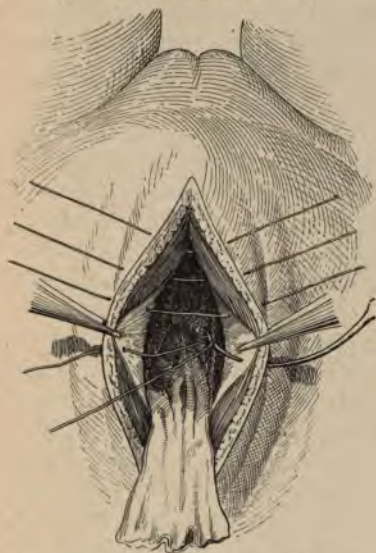


Fig. 198. — Réfection de la paroi abdominale : suture en un seul plan.

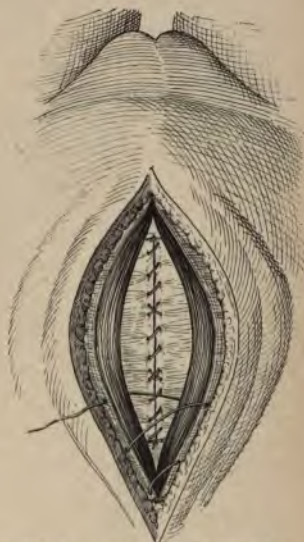


Fig. 199. — Réfection de la paroi abdominale par trois étages de sutures : surjet péritonéal.

Entre ces anses principales, on place quelques points superficiels au crin, pour affronter la peau.

Les fils métalliques seront enlevés le septième ou huitième jour.

b) *Suture à plusieurs plans superposés et à fils perdus.* — C'est la suture classique, telle qu'elle est décrite dans le *Précis*

(1) L'aiguille la meilleure et la plus pratique pour passer les fils métalliques est l'aiguille tubulée, ou plus simplement l'aiguille de Boyen.

de chirurgie de l'abdomen. Nous rappellerons seulement qu'on la fait d'ordinaire à trois plans superposés : les deux profonds (fils perdus) avec du catgut de préférence à la soie, le superficiel avec du crin de Florence.

On placera donc successivement :

1° Un surjet de catgut (fig. 199) fin (n° 0) sur le péritoine ;

2° Un surjet de catgut un peu plus fort (n° 2) sur l'aponévrose et les muscles ;

3° Enfin, un nombre suffisant de points séparés au crin sur la peau (fig. 200). Il est bon,

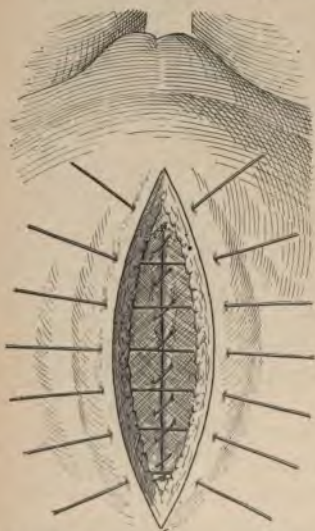


Fig. 200. — Réfection de la paroi abdominale par trois étages de sutures : surjet musculo-aponévrotique.

pour éviter la formation d'espaces morts, de faire alterner, dans cette suture cutanée, des points superficiels ne prenant que la peau avec des points profonds qui chargent un peu du plan aponévrotique. Quelques chirurgiens, (Pozzi) pour avoir une cicatrice peu visible, remplacent les points séparés au crin par un fin surjet au catgut passé le long des bords cutanés au moyen d'une petite aiguille de Hagedorn. Des points profonds au fil d'argent, noués sur des bourdonnets (fig. 201) empêchent la formation d'un espace mort au-dessous de cette suture superficielle. La cicatrice ainsi obtenue est presque

invisible à condition d'employer du catgut très fin et de couper les fils profonds le cinquième jour. On peut également employer la suture intra-dermique (Voir Veau, *Pratique courante*, p. 9) qui demande un peu plus de temps. Lorsqu'on veut terminer rapidement la suture cutanée, il est bon de recourir à l'emploi des agrafes de Michel (fig. 202) qui donnent un excellent affrontement mais ne solidarissent pas les plans sous-cutanés.

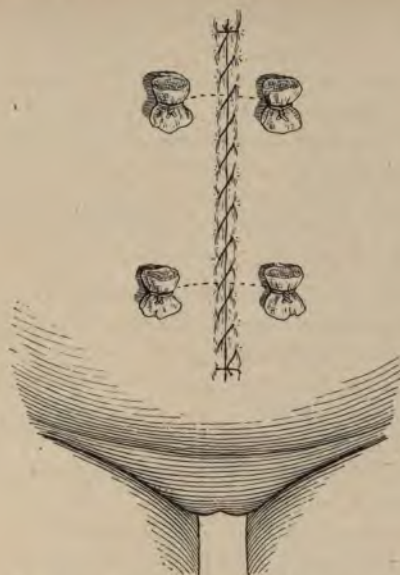


Fig. 201. — Surjet cutané au catgut avec points de soutien profond. (Pozzi.)



Fig. 202. — Pose des agrafes de Michel.

G. Drainage. — La fermeture du ventre sera, suivant le cas, complète ou incomplète : le drainage n'est certainement qu'une méthode de nécessité qui a des inconvénients sérieux (durée plus longue de la cicatrisation, possibilité de fistules, cicatrice disgracieuse et faible) ; néanmoins, ses indications sont très étendues et il permet, dans bien des cas, d'éviter de graves complications.

a) *Ses indications.* — Nous croyons pouvoir les résumer de la manière suivante :

1° *Le drainage est indispensable* quand on intervient pour des lésions de péritonite septique (rupture de salpingite, péritonite puerpérale) ; quand, au cours de l'intervention, on a crevé une poche à contenu septique ; quand on a déchiré, puis suturé l'intestin ; quand on a affaire à des lésions gangreneuses (kyste tordu, fibrome sphacélé) ; quand on est obligé d'abandonner dans le ventre un fragment de poche septique ou quelque autre tissu probablement infecté.

2° *Le drainage est habituellement indiqué* quand il reste, à la fin de l'opération, des surfaces dépourvues de péritoine et suintantes ; quand la séreuse a subi de grands délabrements par suite de la libération des adhérences ; quand l'hémostase n'est pas parfaite et qu'on redoute la persistance d'un léger saignement en nappe. Ce sont là autant d'indications habituelles du drainage ; elles tendent cependant à se restreindre par l'emploi de la péritonisation qui, bien faite, permet souvent de refermer complètement le ventre. D'autres fois, il faut combiner les deux méthodes : drainage et péritonisation.

3° *Le drainage est discutable* quand l'opération s'est prolongée, quand le sujet est affaibli et peu résistant, quand le chirurgien a des doutes sur son asepsie personnelle, celle de ses aides ou de ses instruments ; quand il y a dans le ventre, avant l'opération, un épanchement sanguin (hématocèle) qui pourrait s'infecter secondairement.

4° Dans tous les autres cas, *le drainage est inutile.*

b) *Sa technique.* — Il y a deux grandes méthodes de drainage, entre lesquelles se partagent les chirurgiens actuels et qui, toutes deux, sont susceptibles de rendre de grands services : ce sont le *drainage abdominal* et le *drainage vaginal*.

1^o *Drainage abdominal*. — On peut le faire de diverses façons : par des tubes, par la gaze, ou en combinant ces deux moyens.

a) *Drainage par des tubes*. — C'est le procédé le plus simple, le plus employé et, à notre avis, de beaucoup le meilleur. Les tubes de verre ne sont pas d'un usage courant en France et on préfère habituellement les drains de caoutchouc qu'il faut choisir gros (2 centimètres de diamètre environ) et à parois assez épaisses et rigides pour qu'elles ne s'affaissent pas.

Le drain est introduit jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas (fig. 205). Au-dessus de lui, on reconstitue la paroi abdominale par les procédés habituels. Pour éviter que le drain ne pénétre complètement dans le ventre, on le fixe à la peau par un crin de Florence ou, tout simplement, on passe au travers de son extrémité libre une épingle de sûreté.



Fig. 205. — Drainage abdominal.

Le drain ainsi disposé, si gros soit-il, est insuffisant à assurer l'écoulement des liquides exsudés dans le fond du bassin, car ils ont à lutter contre la pesanteur. *Il est indispensable de compléter ce drainage par l'aspiration*. Donc, une ou deux fois par jour, pendant les quarante-huit premières heures au moins, il faut introduire, dans la lumière du drain laissé en place, une sonde de Nélaton, dont on aura coupé le bout, y adapter une seringue et aspirer les liquides que renferme l'excavation.

S'il n'y a pas d'exsudat ou s'il y en a peu et s'il disparaît rapidement, on enlèvera le drain au bout de quarante-huit heures et on laissera se refermer la plaie. Dans le cas contraire, il faut laisser le drain et continuer à faire l'aspiration régulière jus-

qu'à ce que le bassin soit asséché ; puis on retire le drain progressivement.

Sauf exception, le drainage ne doit jamais être prolongé au delà de six à huit jours.

b) *Drainage par la gaze* (drainage à la Mikulicz). — C'est un procédé très discuté. Ses défenseurs lui reconnaissent le double avantage d'être hémostatique et de drainer : il serait donc particulièrement indiqué lorsqu'on est en présence de surfaces dénudées et saignantes. Mais lorsqu'elle est assez tassée pour être hémostatique, la gaze ne draine plus ou draine mal et il faut adjoindre le drainage avec un tube. En outre, la gaze contracte rapidement des adhérences avec les parties voisines, et l'ablation des mèches, qu'il ne faut pas retarder au delà de trois ou quatre jours, est toujours pénible : on a vu la rupture de ces adhérences déchirer l'intestin et déterminer une fistule stercorale ou provoquer une hémorragie notable.

On emploie habituellement, pour ce drainage, une ou plusieurs mèches de gaze stérilisées, ourlées, amenées jusqu'au fond du bassin et ressortant par l'angle inférieur de la plaie abdominale. On peut aussi faire, de la manière suivante, le tamponnement à la Mikulicz : « On prend un morceau de gaze stérilisée, carrée, grand comme un mouchoir de poche, au centre duquel est fixé un fil de soie long et solide. On plie la gaze en forme de cornet de telle façon que le milieu forme une pointe et que l'extrémité du fil de soie pende à l'extérieur ; avec une pince courbe, on saisit le sac en son milieu et on le place à l'endroit voulu. » Dans la cavité du sac, on introduit une ou plusieurs mèches, en quantité suffisante pour tamponner et effacer tout espace mort.

On enlève les mèches au bout de quarante-huit heures, le sac de gaze au quatrième ou cinquième jour. On facilite cette ablation en imbibant au préalable la gaze avec de l'eau oxygénée. Après l'ablation du sac, il est prudent de le remplacer, pour vingt-quatre ou quarante-huit heures, par un drain. Malgré ses inconvénients qui doivent rendre son emploi très rare, il est incontestable que dans des cas très graves le drainage à la Mikulicz peut rendre de grands services.

Le drainage capillaire par la gaze est certainement inférieur au drainage par les tubes avec aspiration : la gaze se dessèche

et draine mal. On peut, jusqu'à un certain point, obvier à cet inconvénient en recouvrant la plaie d'un pansement humide sans imperméable, suivant la pratique proposée par Lejars.

c) *Drainage combiné par la gaze et les tubes.* — Cette méthode mixte est très employée en pratique. On peut se servir d'un véritable Mikulicz, dans l'intérieur duquel on place un gros drain ; ou, plus simplement, on introduit un drain jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas et on le flanke de deux ou trois mèches de gaze qui vont tamponner les pédicules ou les surfaces cruentées.

Les mèches doivent toujours être retirées avant le drain.

2° *Drainage vaginal.* — Les partisans de cette méthode sont nombreux. Elle a peu d'inconvénients et beaucoup d'avantages. Le seul reproche sérieux qu'on lui ait fait est la mise en communication permanente de l'excavation pelvienne et du vagin, cavité normalement septique ; mais on a certainement exagéré ce danger : d'une part, le bassin que l'on draine n'est pas aseptique ; d'autre part, on peut, jusqu'à un certain point, désinfecter le vagin et éviter cette ascension microbienne qui n'a jamais été bien démontrée.

En revanche, le drainage vaginal a les avantages suivants : il draine au point déclive, les liquides exsudés s'écoulent par l'action de la pesanteur et il est inutile de faire de l'aspiration ; il permet de suturer complètement, comme d'habitude, la plaie abdominale et donne ainsi une paroi plus solide, avec moins de chances d'éventration ; enfin il se combine parfaitement avec la péritonisation : que, par exemple, après l'ablation de salpingites très adhérentes, on se trouve en présence d'un cul-de-sac de Douglas suintant, avec de grands délabrements péritonéaux, rien de plus facile que de séquestrer cette cavité douteuse en l'isolant du reste de la séreuse par la suture du péritoine vésical avec le péritoine colique, puis, au-dessous, de la drainer par le vagin.

Lorsqu'on a fait l'hystérectomie abdominale totale, on draine par le fond du vagin qui est ouvert (fig. 204). Lorsqu'au contraire on a fait l'hystérectomie supra-vaginale ou une simple ablation des annexes, il faut inciser le vagin pour établir le drainage. Cette incision se fait au niveau du cul-de-sac de Dou-

On peut diviser d'un coup de ciseaux, sur une même zone, une fente par un aide dans le vagin et pousser le drain dans le cul par l'orifice postérieur.

On peut se contenter de passer un gros drain au travers



Fig. 1. Drainage par le vagin et le rectum du cul.
Fig. 2. Drainage par le rectum seul (d'après).

le vagin et y insérer un tamponnement vaginal modérément serré.

Voici comment le bouton, partie du col du vagin du drainage vaginal : il empêche les drains assez courts, de 10 ou 15 millimètres de diamètre, un peu rigides, et trois neiges le gaze; drains et neiges sont munis d'un long fil de soie qui servira à le retirer. Le tout est tenu en paquet, saisi par une pince et introduit le haut en bas, du vagin

à l'anus, en le tirant de haut en bas, de façon à être serré contre la paroi rectale, et en le tirant jusqu'à ce que la pince ne puisse plus le tirer. Le drain est introduit dans le rectum, et le bouton est introduit dans le vagin. Le drain est tiré jusqu'à ce qu'il soit introduit dans le rectum, et le bouton est introduit dans le vagin. Le drain est tiré jusqu'à ce qu'il soit introduit dans le rectum, et le bouton est introduit dans le vagin.

On peut se contenter de passer un gros drain au travers

le vagin et y insérer un tamponnement vaginal modérément serré.

Voici comment le bouton, partie du col du vagin du drainage vaginal : il empêche les drains assez courts, de 10 ou 15 millimètres de diamètre, un peu rigides, et trois neiges le gaze; drains et neiges sont munis d'un long fil de soie qui servira à le retirer. Le tout est tenu en paquet, saisi par une pince et introduit le haut en bas, du vagin

à l'anus, en le tirant de haut en bas, de façon à être serré contre la paroi rectale, et en le tirant jusqu'à ce que la pince ne puisse plus le tirer. Le drain est introduit dans le rectum, et le bouton est introduit dans le vagin. Le drain est tiré jusqu'à ce qu'il soit introduit dans le rectum, et le bouton est introduit dans le vagin.

On peut se contenter de passer un gros drain au travers

le vagin et y insérer un tamponnement vaginal modérément serré.

Voici comment le bouton, partie du col du vagin du drainage vaginal : il empêche les drains assez courts, de 10 ou 15 millimètres de diamètre, un peu rigides, et trois neiges le gaze; drains et neiges sont munis d'un long fil de soie qui servira à le retirer. Le tout est tenu en paquet, saisi par une pince et introduit le haut en bas, du vagin

à l'anus, en le tirant de haut en bas, de façon à être serré contre la paroi rectale, et en le tirant jusqu'à ce que la pince ne puisse plus le tirer. Le drain est introduit dans le rectum, et le bouton est introduit dans le vagin. Le drain est tiré jusqu'à ce qu'il soit introduit dans le rectum, et le bouton est introduit dans le vagin.

On peut se contenter de passer un gros drain au travers

le vagin et y insérer un tamponnement vaginal modérément serré.

Voici comment le bouton, partie du col du vagin du drainage vaginal : il empêche les drains assez courts, de 10 ou 15 millimètres de diamètre, un peu rigides, et trois neiges le gaze; drains et neiges sont munis d'un long fil de soie qui servira à le retirer. Le tout est tenu en paquet, saisi par une pince et introduit le haut en bas, du vagin

à l'anus, en le tirant de haut en bas, de façon à être serré contre la paroi rectale, et en le tirant jusqu'à ce que la pince ne puisse plus le tirer. Le drain est introduit dans le rectum, et le bouton est introduit dans le vagin. Le drain est tiré jusqu'à ce qu'il soit introduit dans le rectum, et le bouton est introduit dans le vagin.

On peut se contenter de passer un gros drain au travers

le vagin et y insérer un tamponnement vaginal modérément serré.

Voici comment le bouton, partie du col du vagin du drainage vaginal : il empêche les drains assez courts, de 10 ou 15 millimètres de diamètre, un peu rigides, et trois neiges le gaze; drains et neiges sont munis d'un long fil de soie qui servira à le retirer. Le tout est tenu en paquet, saisi par une pince et introduit le haut en bas, du vagin

à l'anus, en le tirant de haut en bas, de façon à être serré contre la paroi rectale, et en le tirant jusqu'à ce que la pince ne puisse plus le tirer. Le drain est introduit dans le rectum, et le bouton est introduit dans le vagin. Le drain est tiré jusqu'à ce qu'il soit introduit dans le rectum, et le bouton est introduit dans le vagin.

On peut se contenter de passer un gros drain au travers

le vagin et y insérer un tamponnement vaginal modérément serré.

CHAPITRE II

ABLATION DES ANNEXES

Le manuel opératoire de l'ablation des annexes est trop différent suivant les lésions pour lesquelles on intervient, pour qu'on en puisse donner une description générale.

Nous allons étudier en détail l'extirpation des kystes de l'ovaire et celle des salpingites, puisque ce sont les deux opérations qui se pratiquent le plus fréquemment sur les annexes. Nous ajouterons quelques mots sur le traitement des autres affections annexielles justiciables de la laparotomie (tumeurs solides de l'ovaire, rupture de grossesse tubaire, hématocele rétro-utérine).

I. ABLATION DES KYSTES DE L'OVAIRE

Lorsqu'il s'agit d'un kyste uniloculaire bien pédiculé, sans adhérence, l'opération est d'une extrême simplicité.

1^{er} temps : Incision de la paroi abdominale. — C'est un des rares cas, où une incision de petites dimensions soit de mise. Un kyste, même volumineux, peut, après ponction, être extirpé par une petite ouverture. On n'hésitera pas, bien entendu, si l'on reconnaît au cours de l'opération l'existence d'adhérences ou de parties solides dans le kyste, à agrandir largement l'incision. Beaucoup de chirurgiens tendent même à l'heure actuelle, en présence d'un kyste de dimensions moyennes à l'enlever tel quel sans le ponctionner.

2^e temps : Ponction et libération du kyste. — En général, au moins si le kyste est d'un certain volume, il a refoulé en se

développant l'intestin et l'épiploon et on tombe sur lui dès que la paroi est incisée. On reconnaît le kyste à sa surface lisse, blanc nacré ou bleuâtre, souvent sillonnée de grosses veines.

Immédiatement, le chirurgien introduit la main dans l'abdomen, contourne le kyste, reconnaît son pédicule, l'existence

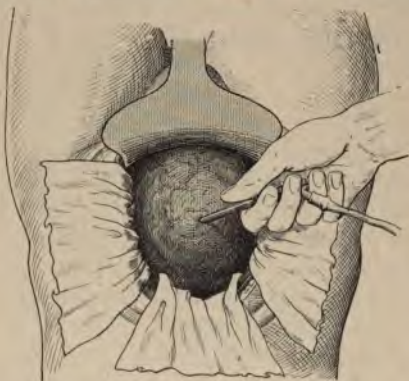


Fig. 205. — Ablation d'un volumineux kyste de l'ovaire. Ponction.

ou l'absence d'adhérences ; si celles-ci sont très molles, elles peuvent être libérées du même coup, mais, en règle générale, on les détachera plus facilement après l'évacuation du kyste.

Après cette exploration rapide, on entoure de compresses la portion du kyste qui se présente dans l'incision abdominale, de façon à la bien

isoler ; au centre de cette surface en, un point avasculaire, on ponctionne (fig. 205) pour vider le contenu du kyste. Cette ponction, ordinairement préférée avec raison à l'incision du kyste, se fait avec un gros trocar muni d'un tube de caoutchouc conduisant le liquide kystique dans un seau placé à côté de la table d'opération ; les appareils à aspiration sont le plus souvent inutiles.

Une seule ponction suffit pour les kystes uniloculaires ; s'agit-il au contraire d'un kyste multiloculaire, il faut ponctionner successivement chacune des poches volumineuses, en négligeant les petites ; souvent d'ailleurs, quand une première poche est vidée, il suffit d'enfoncer un peu plus le trocar dans une direction nouvelle pour pénétrer dans une autre poche.

Quand une poche est complètement évacuée, on retire le trocar et on oblitère aussitôt l'orifice de ponction par une pince en cœur.

A mesure que l'évacuation diminue le volume du kyste, celui-ci est attiré au moyen de pinces hors du ventre

(fig. 206) et l'on détache les adhérences qui peuvent fixer la tumeur aux parties voisines; nous avons indiqué au chapitre précédent la manière de traiter les différentes sortes d'adhérences.

Finalement le kyste, évacué et libéré, est accouché à travers la plaie abdominale, on glisse des compresses tout autour de son pédicule et le reste de l'opération se passe en dehors de la cavité abdominale.

De plus en plus aujourd'hui, du reste, à moins de volume excessif du kyste, on tend comme nous l'avons dit plus haut, à faire de grandes incisions permettant d'extraire le kyste en totalité et

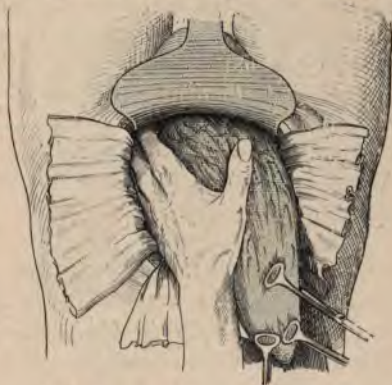


Fig. 206. — Extraction du kyste.

d'éviter ainsi les manœuvres d'évacuation toujours douteuses au point de vue de l'asepsie.



Fig. 207. — Pincement du pédicule.

5^e temps : Ligature et section du pédicule. —

Le chirurgien, suivant sa convenance, fait d'abord la ligature et ne sectionne qu'ensuite le pédicule; on coupe d'abord celui-ci (fig. 207) au-devant d'un clamp et termine par la ligature.

Sauf le cas de kyste inclus dans le ligament

large, la tumeur est toujours nettement pédiculée et son pédicule est d'ordinaire peu volumineux; l'indication de faire une ligature en chaîne ou d'appliquer l'angiotribe pour réduire son volume est donc exceptionnelle.

Pour éviter à coup sûr les accidents très graves qu'entraînerait le glissement de la ligature, il faut passer le fil avec une aiguille en pleine épaisseur du pédicule; on lie d'une façon simple et solide par deux fils entre-croisés ou par le nœud employé ordinairement pour les sacs herniaires.

Reste à sectionner le pédicule (si ce n'est déjà fait) à 10 ou 12 millimètres en avant de la ligature, à couper ras les chefs de celle-ci et, pour éviter les adhérences ultérieures du moignon, à enfouir la tranche de section et la ligature par quelques points séro-séreux ⁽¹⁾.

4^e temps : Fermeture du ventre. — Le moignon est enfoui; on enlève les compresses et, après avoir vérifié l'état de l'autre ovaire et de l'utérus, on reconstitue la paroi abdominale comme d'habitude. Suture complète, sans drainage.

Kystes du ligament large. — Qu'il s'agisse d'un kyste parovarien ou d'un kyste de l'ovaire qui s'est développé vers le ligament large, le fait de s'être inclus entre les feuillets de ce repli séreux crée pour la tumeur des conditions opératoires nouvelles.

Le ventre ouvert, il est facile de constater les connexions du kyste avec le ligament et de reconnaître le feuillet séreux qui recouvre la tumeur. Il faut alors inciser ce feuillet, et lui seul, à la partie supérieure du ligament, sous la trompe, en repérer les bords, puis décortiquer la tumeur en la séparant de son enveloppe séreuse. Si le kyste n'est pas très volumineux, on peut l'extraire sans le ponctionner et l'énucléation en est même alors plus facile; s'il est de grandes dimensions, on le ponctionne, puis la poche vidée est saisie par des pinces et extraite (fig. 208).

Le clivage entre la paroi kystique et les feuillets séreux du ligament large est d'ordinaire assez facile car il y a, entre eux, une mince couche celluleuse; mais cette séparation donne du sang, surtout veineux, assez abondant.

Parfois il y a, vers la partie inférieure du ligament large, des adhérences intimes, surtout avec l'uretère, qui peuvent rendre difficile, dangereuse ou même impossible l'extirpation complète. De même en dedans, le kyste peut adhérer à l'utérus et l'hystérectomie s'imposer.

(1) Lorsqu'il s'agit d'un kyste de nature douteuse, il est préférable de pratiquer l'hystérectomie.

Le plus souvent cependant, l'ablation est menée à bien et l'on se trouve en présence de la cavité laissée dans le ligament large par l'extirpation du kyste. On tamponne quelques instants, puis on pince et on lie soigneusement tous les points qui saignent; on complète cette hémostase en supprimant la cavité par des points de catgut en capiton qui accolent les deux feuillets du ligament large. Ce n'est que si cette hémostase est parfaite et s'il ne subsiste pas le moindre suintement qu'on est autorisé à fermer complètement le ventre sans drainer.

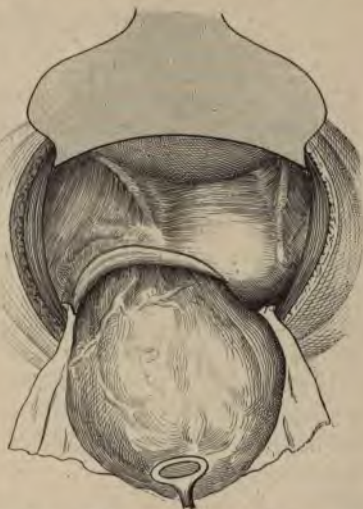


Fig. 208. — Extraction d'un kyste parovarien.

Marsupialisation. — Quand un kyste de l'ovaire présente des adhérences très étendues et impossibles à séparer, quand un kyste du ligament large ne peut être complètement disséqué, il faut bien se contenter de ne réséquer qu'une partie de la poche et abandonner le reste. On pratique alors la *marsupialisation* du kyste, méthode qui a de multiples inconvénients (suppuration prolongée, fistules, cicatrice mauvaise), mais qui s'impose parfois comme une méthode de nécessité et qu'il faut par conséquent connaître.

On attire hors du ventre toute la portion libre de la poche et on la sectionne un peu en avant de la plaie abdominale. Puis on fixe à la partie inférieure de cette plaie la portion restante : une première série de sutures prend la paroi kystique et toute l'épaisseur de la paroi abdominale; d'autres sutures fixent les bords de l'ouverture du kyste à la peau. Au-dessus, on referme, comme d'habitude, la plaie abdominale. La cavité du kyste est bourrée de gaze.

II. ABLATION DES SALPINGITES

L'ablation de la trompe et de l'ovaire malades avec conservation du reste de l'appareil génital est indiquée dans les cas assez rares de salpingite unilatérale, tandis que nous croyons, avec la majorité des chirurgiens actuels, que les lésions bilatérales relèvent de l'hystérectomie.

1^{er} temps : Incision de la paroi abdominale et exposition du champ opératoire. — Il faut ici une large incision, car il faut y voir clair jusqu'au fond du petit bassin. La petite incision, autrefois préconisée par Lawson Tait, n'est plus de mise aujourd'hui : elle oblige à n'opérer qu'au doigt, sans le contrôle de la vue; aujourd'hui, avec la position inclinée, une grande incision, de bonnes valves, nous faisons plus facilement des opérations moins graves.

Dès que le ventre est ouvert, on met en place une des valves sus-pubiennes décrites au chapitre précédent et l'on garnit soigneusement le champ opératoire : les intestins refoulés vers le diaphragme sont recouverts de plusieurs épaisseurs de grandes compresses; on ne doit plus les apercevoir avant la fin de l'opération; si cet isolement du champ opératoire est convenablement réalisé, l'ouverture d'une collection tubaire pendant les manœuvres de décortication n'est plus qu'un incident sans gravité.

2^e temps : Recherche et libération des annexes malades. — Ce temps de l'opération est trop variable avec les lésions pour qu'on en puisse donner une description générale. Il est presque toujours assez délicat.

Le plus souvent on reconnaît immédiatement la trompe malade et ses connexions; sa situation est très variable, souvent elle est dans le cul-de-sac de Douglas derrière l'utérus et il y a avantage à commencer son isolement en bas et en arrière.

Il y a toujours des adhérences, mais leur étendue et leur solidité sont variables; nous avons dit plus haut comment les traiter. S'agit-il d'une salpingite aiguë, il n'est pas rare de

trouver l'appendice adhérent à la masse annexielle et, comme cet appendice est toujours altéré, il faut le réséquer avec la trompe.

Lorsqu'il existe une collection tubaire d'un certain volume, il peut être avantageux de l'évacuer par ponction, comme un kyste : on diminue ainsi les chances de crever la poche pendant sa décortication. Mais cette manœuvre a aussi ses inconvénients : la décortication d'une poche pleine et résistante est plus facile ; la paroi, souvent friable, se déchire au niveau de l'orifice de ponction.

A côté des cas de difficulté moyenne que nous venons d'envisager et dont on viendra toujours à bout par une décortication méthodique des annexes, il en est d'autres où la masse inflammatoire remplit le bassin, fusionne les organes, si bien que le chirurgien s'oriente mal et ne sait par où attaquer ces lésions. Il est vrai que, dans ces formes graves, les deux trompes sont habituellement prises, et qu'il faut, à notre avis, faire la castration totale.

Toujours est-il que si l'on veut faire une simple salpingectomie dans un cas de ce genre, il faut tout d'abord se repérer en reconnaissant le fond et les angles de l'utérus, qu'il est toujours possible de trouver. Puis, au ras du bord interne de l'utérus, entre lui et la collection annexielle, on glisse une pince de Kocher et en dehors d'elle (fig. 209) on coupe le bord interne du ligament large : la trompe se trouve ainsi libérée d'abord en dedans ; on la fait basculer et on la dégage de bas en haut en finissant par la libération de sa partie externe et du pédicule utéro-ovarien. Cette attaque des salpingites de bas en haut (fig. 210) rend les plus grands services dans les cas

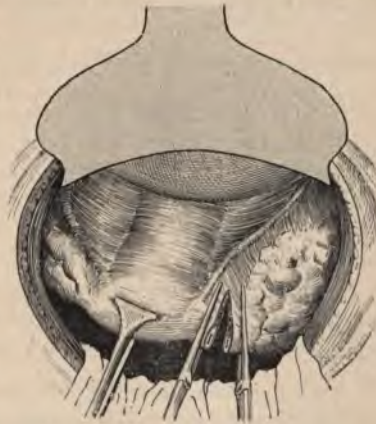


Fig. 209. — Salpingectomie. Libération des annexes du côté droit. Section du ligament large en dedans de la trompe. (D'après J.-L. Faure.)

difficiles; nous la retrouverons plus loin en étudiant les procédés d'hystérectomie abdominale pour suppurations pelviennes.

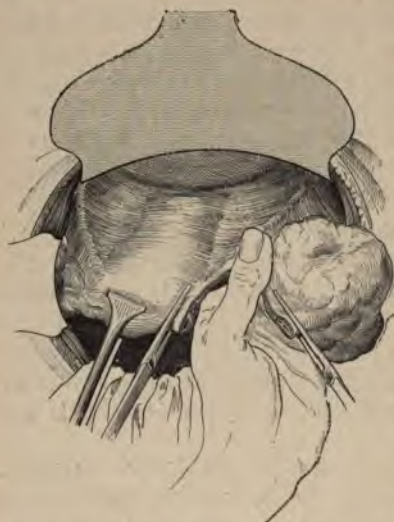


Fig. 210. — Dégagement des annexes de bas en haut. (D'après J.-L. Faure.)

5^e temps : Pédiculisation et ablation des annexes. — Quand la décortication est terminée, dans les cas simples et qu'on n'a pas eu besoin d'avoir recours à la libération de dedans en dehors, on se trouve en présence d'une masse de volume variable, rattachée par un pédicule plus ou moins large à la corne utérine et au bord supérieur du ligament large; ce pédicule renferme les vaisseaux utérins et utéro-ovariens et l'extrémité utérine de

la trompe. On peut le traiter de deux façons :

a. Le procédé autrefois classique consiste à se comporter vis-à-vis de ce pédicule comme s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. On le transperce avec une aiguille qui ramène un fil double, et on fait une ligature entre-croisée; puis on sectionne le pédicule à quelques millimètres au-dessus du fil, on cautérise le moignon tubaire et on enfouit la surface de section par quelques points à la Lembert. On a donc pris dans une seule ligature tous les éléments du pédicule; il reste un gros moignon; la trompe est coupée à une certaine distance de l'utérus.

b. Nous préférons, comme plus réglée et plus anatomique, la manière suivante importée d'Amérique (Kelly) et souvent appliquée en France (Delbet, Legueu). On fait une extirpation complète des annexes sans hémostase préalable : le ligament large est coupé, de dehors en dedans, au-dessous de la masse inflammatoire; on poursuit en dedans jusqu'à la corne utérine de façon à enlever la totalité de la trompe, qui peut même être suivie

jusque dans l'épaisseur du muscle utérin; c'est à ce niveau qu'elle est liée et coupée.

Chemin faisant, on pince et on lie les vaisseaux qui saignent, c'est-à-dire, en dehors, l'utéro-ovarienne, et, en dedans, près de la corne utérine, l'artère utérine. Il ne reste plus, pour terminer, qu'à refermer le bord supérieur du ligament large par des points de suture séro-séreux.

4^e temps : Fermeture du ventre. — Le chirurgien se déterminera, d'après l'étendue des délabrements et les incidents opératoires, à drainer ou non; il s'efforcera, dans tous les cas, à faire disparaître toutes les surfaces cruentées par une péritonisation bien faite. Nous ne pouvons, sur ces différents points, que renvoyer aux chapitres précédents.

Laparotomie dans les autres affections annexielles.

a. L'ablation des *tumeurs solides de l'ovaire* ne présente rien de particulier; elle est identique à celle des kystes, la ponction en moins; l'opération est facile ou difficile suivant l'étendue des adhérences; celles-ci sont surtout développées dans les tumeurs malignes.

b. La *rupture de la trompe gravide* impose la laparotomie d'urgence et est rapidement menée. Le ventre est ouvert sur la ligne médiane; on enlève à pleines mains les premiers caillots qui se présentent et l'on va tout de suite à la trompe rompue qui est saisie par un clamp ou une pince de Kocher glissée au-dessous d'elle (fig. 211). L'hémorragie est dès lors maîtrisée, et c'est plus à loisir qu'on pratique l'extirpation de la trompe rompue, comme s'il s'agissait d'une salpingite; on éponge ensuite les caillots qui remplissent le bassin; quoi qu'on en ait dit, mieux vaut les enlever, car ils constituent un trop bon milieu de culture pour la moindre infection; toute l'opération peut ne durer que quelques minutes⁽¹⁾.

c. L'*hématocèle rétro-utérine* enkystée, non suppurée, peut être traitée par la laparotomie; nous n'avons pas à discuter ici les mérites comparés de cette opération et de la colpotomie.

(1) Lorsque, l'intervention finie, on remet la malade à plat, le sang liquide qui était retombé vers le diaphragme à la faveur de la position inclinée reflue vers le bassin. Il faut connaître ce détail pour ne pas croire, à ce moment, à une hémostasie insuffisante et à une reprise de l'hémorragie.

L'incision ordinaire conduit sur la poche limitée en haut par l'épiploon et des adhérences, et est reconnaissable à son aspect noirâtre dû aux caillots qui transparaient. La poche est ou-



Fig. 211. — Laparotomie pour rupture de grossesse tubaire. La main va rapidement saisir derrière l'utérus la trompe rompue et un champ destiné à assurer l'hémotase immédiate et glissé sur le doigt.

verte et les caillots enlevés; on trouve habituellement au milieu d'eux la trompe ou ses débris, et on l'extirpe comme d'ordinaire; on décortique la paroi de la poche et on la résèque là où cette décortication est facile, mais il ne faut pas trop insister et vouloir enlever toute cette paroi: ce serait s'exposer inutilement à des hémorragies et à des lésions intestinales graves. Le drainage de la poche est le plus souvent nécessaire.

CHAPITRE III

OPÉRATIONS CONSERVATRICES
SUR LES ANNEXES

Ces opérations n'ont été qu'assez rarement pratiquées. Leurs indications ne sont en effet pas fréquentes, car une salpingite qui a résisté à un traitement médical prolongé et bien conduit mérite d'être enlevée. Nous n'emploierions guère ces interventions que lorsque, avec une trompe profondément altérée et que l'on traite par la salpingectomie, on trouve, du côté opposé, des annexes très légèrement atteintes.

Ces opérations conservatrices s'adressent, les unes à l'ovaire pour détruire les portions altérées de cet organe, les autres à la trompe dans le but d'en rétablir la perméabilité, condition essentielle de la fécondation.

A. — Ignipuncture de l'ovaire.

Pozzi, qui recommande cette manœuvre « pour les cas fréquents d'ovarite diffuse œdémateuse ou de dégénérescence microkystique », la décrit ainsi : « On enfonce la pointe du thermocautère au niveau des petits kystes ; il est nécessaire de bien cautériser toute leur surface interne. Quand le kyste est un peu volumineux (gros kyste folliculaire), la paroi doit être réséquée aux ciseaux, de manière à exciser un lambeau qui pourrait se mortifier. On réunit par un point ou un petit surjet de catgut les surfaces cautérisées de quelque étendue ; on arrête de même tout suintement sanguin persistant. »

B. — Résection partielle de l'ovaire.

Cette opération s'adresse aux lésions plus profondes, mais qui restent localisées à une partie de la glande, avec intégrité d'une certaine quantité de parenchyme.

Elle comprend les temps suivants :

1^{er} temps. — Le ventre est ouvert par l'incision médiane habituelle. L'ovaire malade est reconnu, libéré de ses adhérences, s'il en existe, amené dans la plaie et entouré de compresses. Un aide le maintient entre le pouce et l'index glissés au-dessous de la glande, au niveau du hile, et comprimant les vaisseaux, ce qui assure l'hémostase pendant l'opération.

2^e temps. — On cerne par deux incisions les parties malades et on fait leur excision, enlevant de l'ovaire un coin en tranche de melon. On touche au thermocautère les surfaces de section et on enfonce la pointe rougie dans les petits kystes qui se présentent.

5^e temps. — Un surjet ou des points séparés (catgut), passés profondément dans les deux valves de tissu ovarique restant, rapprochent ces valves et assurent l'hémostase.

C. — Salpingorrhaphie.

Cette opération consiste, après avoir libéré le pavillon de la trompe des adhérences qui le fixaient en position anormale, à le ramener au contact de l'ovaire, à étaler ses franges à la surface de cet organe et à les y fixer par quelques points de catgut.

Cette opération suppose la perméabilité de l'ostium abdominale; dans le cas contraire on aurait recours à la salpingostomie.

D. — Salpingostomie.

Elle s'adresse aux cas dans lesquels le pavillon est fermé et la partie voisine de la trompe distendue comme un kyste.

On incise cette portion dilatée et, pour que l'incision de-

viennent un orifice permanent, on ourle tout autour, par un surjet, la muqueuse et la séreuse. L'orifice nouveau, ainsi créé, est appliqué et fixé à la surface de l'ovaire.

E. — Salpingoplastie.

Vidal, qui a imaginé cette opération, lui a donné le nom de salpingoplastie, parce qu'elle est très analogue à la pyloroplastie. Elle a pour but de traiter les rétrécissements de la trompe. Elle comprend les temps suivants :

1^{er} temps. — Un stylet, introduit par le pavillon, vient repérer le point rétréci ; à ce niveau on fait une incision longitudinale intéressant toute l'épaisseur de la paroi tubaire et assez longue (quelques millimètres) pour dépasser des deux côtés le point rétréci.

2^e temps. — On introduit par le pavillon une fine bougie de baleine qui entraîne un fil double de soie : cette bougie traverse toute la trompe et l'ostium uterinum et arrive dans la cavité utérine où une pince vient la chercher ; les fils restent en place, dans la trompe, pendant quatre jours, pour assurer le drainage.

3^e temps. — Suture verticale de l'incision longitudinale faite à la trompe, de façon à élargir le point primitivement rétréci.

4^e temps. — On enfouit la ligne de réunion sous un repli péritonéal emprunté à l'aileron moyen du ligament large et fixé par des sutures.

CHAPITRE IV

OPÉRATIONS ABDOMINALES
DANS LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS
UTÉRINES

La rétroversion est la seule des déviations utérines qui soit justiciable d'un traitement opératoire. L'intervention comporte, dans ce cas, deux manœuvres successives : libération de l'utérus d'abord par destruction des adhérences qui, presque toujours, le maintiennent en position vicieuse ; — fixation de l'utérus ensuite, en antéversion.

Pour maintenir l'organe incliné en avant, comme normalement, on peut s'adresser à lui-même ou aux ligaments ronds, faire une fixation directe ou indirecte. Nous allons décrire ces deux ordres d'opérations.

I. OPÉRATIONS S'ADRESSANT A L'UTÉRUS LUI-MÊME

A. — *Hystéropexie abdominale.*

Cette opération que Terrier a employée avec succès contre le prolapsus de l'utérus, s'exécute de la manière suivante :

1^{er} temps : Incision de la paroi abdominale. — Une incision courte (10 centimètres), immédiatement sus-pubienne, suffit lorsqu'il n'y a pas trop d'adhérences et de lésions annexielles.

On l'agrandirait au besoin.

2^e temps : Libération de l'utérus. — Le chirurgien explore ensuite le bassin, ce qui est facile grâce à la position inclinée de la malade. Il vérifie l'état des annexes et leur applique le traitement nécessaire s'il y a lieu (rupture d'adhérences, ignipunc-

ture, résection partielle ou totale). Il essaye de mobiliser l'utérus et, s'il y a des adhérences postérieures fixant l'organe, il les détache jusqu'à obtenir une parfaite mobilité.

L'utérus devenu complètement libre est saisi et maintenu, soit avec les doigts de la main gauche, ce qui a l'avantage de ne pas le traumatiser et de ne pas le faire saigner, mais ce qui est souvent incommode, — soit par une anse de fil (fig. 212) passée un peu au-dessous de son fond et confiée à un aide, — soit avec une pince-érigne (dans ce cas, il faut avoir soin, suivant le conseil de Richelot, de faire la prise sur la face antérieure de l'utérus, en un point qui, l'opération terminée, sera accolé à la paroi abdominale : on arrête ainsi l'hémorragie, légère, mais persistante, due à la déchirure du tissu utérin par la pince).



Fig. 212. — Gastro-hystéropexie par le procédé de Terrier. Une anse de fil maintient provisoirement le fond de l'utérus. Les fils définitifs sont passés au niveau de la face antérieure.

5^e temps : Placement sur l'utérus des fils fixateurs. — Il est inutile d'aviver, par grattage ou décollement du péritoine, la portion de la face antérieure de l'utérus qui sera appliquée à la paroi.

Cette face antérieure étant bien exposée, on y passe trois ou quatre anses de fil, transversales, cheminant dans l'épaisseur du tissu utérin sur une étendue de trois centimètres environ et assez profondément. Les deux chefs de chaque fil sont immédiatement repérés par une pince hémostatique.

Le fil le plus inférieur doit être au niveau de l'isthme, immédiatement au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. Le plus élevé sera placé *au-dessous de l'insertion des trompes* : il est capital de ne jamais fixer le fond de l'utérus, pour lui permettre de se développer dans le cas de grossesse ultérieure.

5^e temps : *Suture superficielle de la plaie pariétale.*

Jamais de drainage. Tamponnement du vagin pour soutenir l'utérus.

B. — Cunéo-hystérectomie antérieure (opération de Thiriar).

Cette opération consiste essentiellement dans l'ablation d'un coin de tissu utérin sur la face opposée à une courbure anormale que l'on veut redresser ; on suture ensuite les deux tranches résultant de cette ablation.

L'opération, d'ailleurs assez peu employée, se pratique plus souvent sur la face antérieure de l'utérus pour corriger une rétroflexion, attitude toujours pathologique, que sur sa face postérieure pour redresser une antéflexion, courbure normale.

1^{er} et 2^e temps : *Incision de la paroi abdominale et libération de l'utérus.* — Comme dans l'hystéropexie abdominale.

5^e temps : *Réssection cunéiforme de l'utérus.* — Sur la face de l'utérus qu'il s'agit de raccourcir (convexité de la courbure utérine), à la hauteur du pli de flexion, c'est-à-dire habituellement au niveau de l'isthme, on incise transversalement le péritoine, et lui seul, dans toute la largeur de l'utérus ; puis on décolle, sur une certaine étendue, les deux lèvres de cette incision péritonéale, de façon à mettre à nu le muscle utérin ; dans la cunéo-hystérectomie antérieure, il faut décoller avec attention la lèvre péritonéale inférieure, car on détache avec elle la vessie.

Sur le muscle utérin ainsi dénudé, on trace une incision elliptique à grand axe transversal, circonscrivant la base du coin à réséquer : le diamètre transversal de l'ellipse doit mesurer toute la largeur de l'utérus, en respectant toutefois les vais-

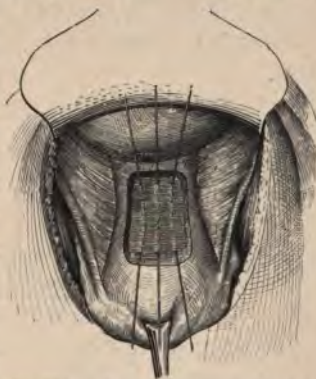


Fig. 214. — Cunéo-hystérectomie abdominale pour rétroflexion. La paroi utérine a été réséquée en coin. Trois fils sont passés pour affronter la perte de substance. (D'après Jonnesco).

seaux qui longent les bords de cet organe ; le diamètre vertical sera proportionnel au degré de flexion à corriger (15 à 20 millimètres en général) (fig. 214).

On creuse peu à peu avec le bistouri dans le tissu utérin de façon à tailler un coin ayant la base qui vient d'être indiquée et dont le sommet affleure la muqueuse utérine qu'il faut respecter.



Fig. 215. — Cunéo-hystérectomie. Opération terminée. (D'après Jonnesco.)

4^e temps : Suture de l'utérus. — Une première série de points séparés au catgut assez fort (n° 1), passés verticalement et prenant toute l'épaisseur des tranches utérines, accole les deux surfaces cruentées et réalise ainsi l'hémostase de la plaie et le redressement de l'utérus (fig. 215).

Par-dessus cette première ligne de sutures, on réunit l'incision péritonéale par un surjet de catgut fin.

5^e temps : Fermeture de la paroi abdominale. — Sans drainage.

II. OPÉRATIONS QUI S'ADRESSENT AUX LIGAMENTS RONDS

A. — Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds (opération d'Alquié-Alexander).

La malade est opérée en position horizontale.

1^{er} temps : Découverte et isolement du ligament rond. — Ce temps, qui est très analogue au début de la cure radicale d'une hernie inguinale, est successivement répété à droite et à gauche.

Incision cutanée de six à sept centimètres, parallèle à l'arcade crurale (fig. 216) et située à un petit travers de doigt au-dessus de cette arcade, venant finir à l'épine du pubis (1^{er} repère).

Cette incision découvre l'aponévrose du grand oblique (2^e repère) que l'on examine avec soin pour reconnaître l'orifice inguinal externe (fig. 217), souvent étroit chez la femme : par cet orifice sort une branche du nerf génito-crural avec un petit peloton graisseux (3^e repère). Ce n'est pas à ce niveau qu'il faut chercher le ligament rond qui, déjà éparpillé, pourrait passer inaperçu et ne donnerait pas une prise suffisante aux tractions.

On glisse alors, par l'orifice inguinal externe, une sonde cannelée qui charge l'aponévrose du grand oblique, paroi antérieure du canal inguinal et on fend cette paroi dans toute



Fig. 216. — Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds. Tracé de l'incision (côté gauche).



Fig. 217. — Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds. Recherche de l'orifice inguinal externe.



Fig. 218. — Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds. Ouverture du canal inguinal.

son étendue; deux pinces repèrent les lèvres aponévrotiques (fig. 218).

Dans le canal ainsi largement ouvert, on trouve facilement le ligament, à condition d'aller le chercher dans la partie supé-

rière de la plaie, vers l'orifice inguinal profond : c'est, à ce niveau, un cordon arrondi, blanchâtre, capable de supporter une assez forte traction ; on l'isole, à la sonde cannelée, des parois du canal et on le saisit avec une pince (fig. 219). Il faut respecter autant que possible le cul-de-sac péritonéal qui accompagne le ligament à l'orifice inguinal profond.

2^e temps : Réduction de la rétroversion. — Tandis qu'un aide refoule en haut le col avec les doigts introduits dans le vagin,

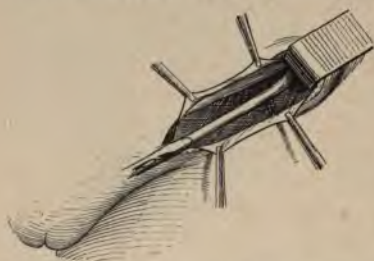


Fig. 219. — Raccourcissement extrapéritonéal. Isolement du ligament rond.

le chirurgien saisit les deux ligaments ronds et exerce sur eux une traction douce, progressive, continue et égale des deux côtés. L'allongement des ligaments est souvent considérable (8 à 10 centimètres). Il faut tirer (fig. 220) jusqu'à ce que la réduction complète soit obtenue ; elle s'annonce

« par la cessation brusque de la résistance opposée au chirurgien qui tire et par la sensation de recul que donne le col aux doigts de l'aide ; en même temps on constate, par la palpation hypogastrique, que le fond de l'utérus a repris sa place derrière le pubis ». (Richelot.)

3^e temps : Fixation des ligaments. — Les ligaments étant toujours maintenus tendus et l'utérus réduit, on procède, successivement de chaque côté, à la fixation du ligament aux parois du canal inguinal. On peut se contenter de prendre ce ligament dans les points réunissant l'incision faite à l'aponévrose du grand oblique ; mais, comme on a reproché à l'opération d'Alquié-Alexander de prédisposer



Fig. 220. — Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds. Réduction de la rétroversion.

aux hernies, nous croyons préférable de faire, à l'exemple d'Edebohls, une reconstitution à deux plans (fig. 221) de la paroi inguinale, comme dans le procédé de Bassini pour la cure radicale des hernies.

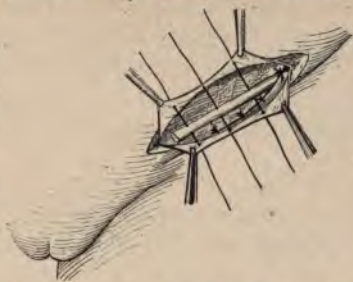


Fig. 221. — Fixation du ligament rond raccourci à la paroi abdominale. L'adossement du tendon conjoint à l'arcade fémorale est réalisé par le plan de sutures profondes exécutées précédemment.

On passera donc, avec une aiguille courbe, trois ou quatre points séparés de catgut, traversant, de haut en bas, le tendon conjoint (ou le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse), le ligament rond et le bord postérieur de l'arcade crurale. — Après fixation, on résèque la portion exubérante du ligament.

4^e temps : Fermeture des plaies inguinales. — Par deux plans de suture, l'un sur l'aponévrose du grand oblique (catgut), l'autre sur la peau (crin de Florence).

Tamponnement vaginal pour soutenir l'utérus.

B. — Raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds.

Le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds a l'avantage de permettre un redressement de l'utérus sous le contrôle de la vue. Il peut s'exécuter avec plicature simple, avec plicature et fixation à la paroi abdominale, ou avec fixation rétro-utérine.

1. Plicature des ligaments. Procédé de Wylie. — La simple plicature des ligaments se fait de la manière suivante : Le petit bassin étant bien exposé par une incision de laparotomie médiane, après s'être assuré que la rétroversion se laisse aisément réduire, on saisit au moyen de deux pinces à force-presse chacun des ligaments ronds par sa partie moyenne et l'on détermine ainsi deux anses qu'une traction égale rend parfaitement symétriques. Au moyen de trois ou quatre points à

la fine soie on vient alors successivement à gauche, puis à droite (fig. 222) adosser par leurs bords internes les deux branches de chacune des anses fournies par les ligaments ronds coudés. Suture de la paroi sans drainage.

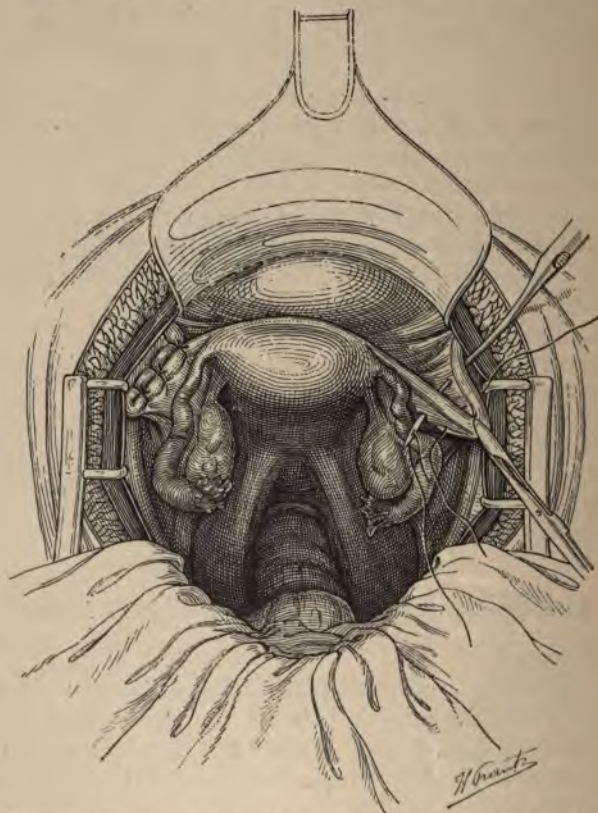


Fig. 222. — Plicature des ligaments ronds. Procédé de Wylie. A gauche, opération terminée. A droite, passage des sutures.

2. Fixation à la paroi. Procédé de Doléris-Richelot.

1^{er} et 2^e temps : Incision de la paroi abdominale et libération de l'utérus, comme dans l'hystéropexie.

5^e temps : Reconnaissance et prise des ligaments ronds. —

« Les ligaments ronds ne sont facilement reconnus qu'à 4 ou

5 centimètres de l'utérus, car auparavant leurs fibres sont éparpillées, tandis qu'à ce niveau ils sont constitués par un cordon unique blanchâtre nettement saillant sous la séreuse péritonéale et aisément appréciable. »

Ayant bien reconnu les ligaments, l'opérateur saisit chacun d'eux dans une anse de fort catgut et tire de façon à réduire la rétroversion.

4^e temps : Fixation des ligaments ronds à l'angle inférieur de la plaie et fermeture du ventre. — Les anses ligamenteuses

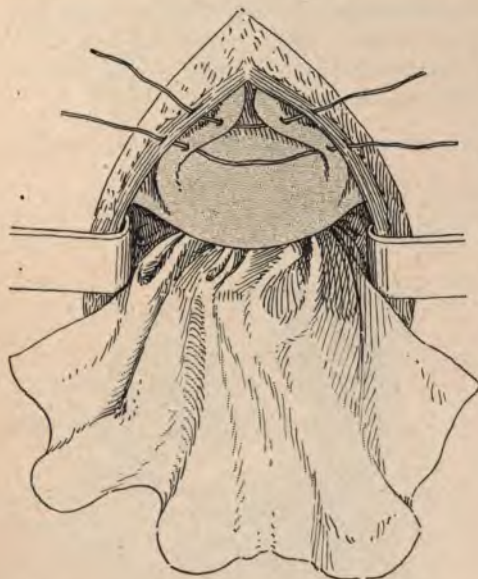


Fig. 225. — Plicature et fixation des ligaments ronds à la paroi abdominale suivant le procédé de Doléris-Richelot (Monod et Vanverts).

déterminées par la traction des pinces hémostatiques sont incluses dans l'extrémité inférieure de la plaie abdominale au moyen de deux ou trois catguts (fig. 225) prenant à la fois le péritoine et les plans musculo-aponévrotiques. On ferme ensuite, comme d'habitude, la plaie de la laparotomie.

Doléris fait porter à ses opérées un pessaire de Hodge pendant deux mois.

3. Fixation rétro-utérine. Procédé de Dartigues. —

Cette très simple, très ingénieuse et très rapide opération consiste à soulever et à redresser l'utérus, en venant par derrière lui, fixer l'un à l'autre les deux ligaments ronds attirés en anse, et passés par transfixion au-dessous des insertions tubaires, d'où le nom de *ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne* qui lui a été donné par son auteur⁽¹⁾. Elle s'exécute de la manière suivante :

1^{er} temps : Transfixion du ligament large. — Elle s'exécute dans une zone avasculaire en se servant d'une pince hémostatique passée *au-dessous* de l'insertion tubaire et du ligament utéro-ovarien, *en dehors* de l'arcade artérielle. Une pince non offensante, l'*hystérolabe*, en tirant l'utérus étale le ligament large et facilite les manœuvres.

2^e temps : Plicature rétro-utérine du ligament rond. — La

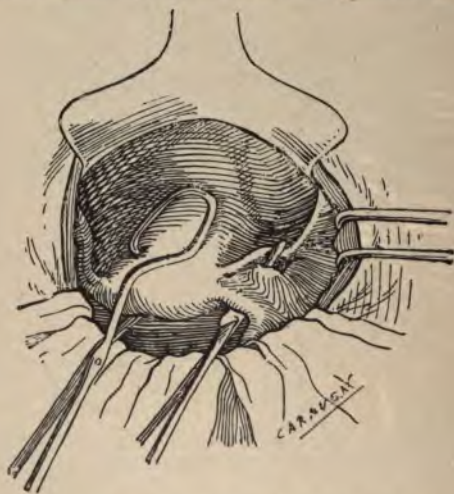


Fig. 224. — Fixation rétro-utérine des ligaments ronds. Procédé de Dartigues. Transfixion du ligament large et prise du ligament rond droit. (Dartigues et Caraven.)

pince hémostatique qui a transfixé le ligament large saisit un peu latéralement à trois centimètres environ (fig. 224) de la

(1) DARTIGUES et CARAVEN. Nouveau procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. *Presse médicale*, 7 avril 1906, n° 28, p. 217.

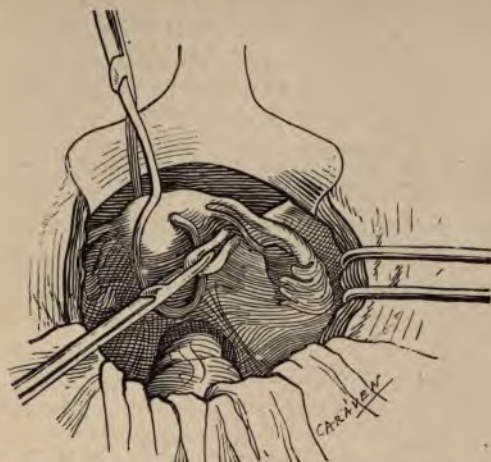


Fig. 225. — Fixation rétro-utérine des ligaments ronds. Procédé de Dartigues. Plicature rétro-utérine du ligament rond droit. (Dartigues et Caraven.)

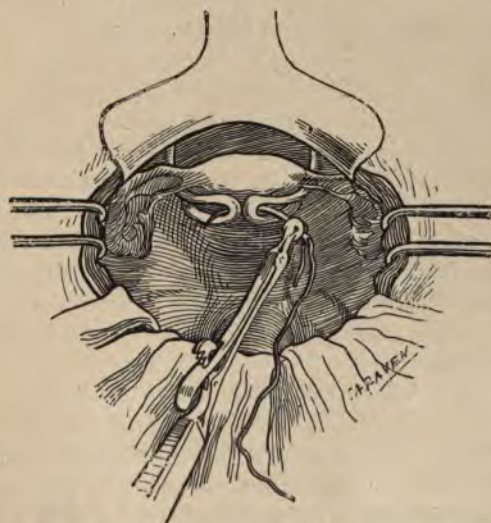


Fig. 226. — Fixation rétro-utérine des ligaments ronds. Procédé de Dartigues. Adossement et suture des anses ligamentaires. (Dartigues et Caraven.)

corne utérine, le ligament rond revêtu de son repli péritonéal. En tirant alors la pince en arrière on entraîne le ligament rond qui se coude et vient former une anse qu'on amène facilement derrière l'utérus (fig. 225) jusque sur la ligne médiane. La même manœuvre est répétée à gauche.

5^e temps : Adossement et suture des ligaments. — Les deux anses ainsi amenées au contact l'une de l'autre sont très facilement solidarisées au moyen d'une ligature qui les étreint (fig. 226). L'utérus se trouve redressé par cette sangle et soutenu par le passage des ligaments sous l'insertion tubaire.

CHAPITRE V

OPÉRATIONS ABDOMINALES CONSERVATRICES DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS (1)

Comparables aux interventions de même genre qui se pratiquent par la voie vaginale et qui ont été décrites dans la deuxième partie de ce précis, ces opérations sont différentes suivant qu'elles s'adressent à des fibromes pédiculés ou interstitiels : dans le premier cas, il s'agit d'une *polypectomie*, aussi simple que l'ablation d'un kyste de l'ovaire ; dans le second, on fait une *énucléation* abdominale.

I. POLYPECTOMIE ABDOMINALE

L'incision de la paroi n'offre rien de particulier. Dès que le ventre est ouvert, le chirurgien reconnaît le polype, ses connexions avec l'utérus ; s'il y a des adhérences de la tumeur aux

(1) Consulter : Dartigues, *Thèse de Paris*, 1901, et Tuffier, De l'énucléation des fibromes utérins. N° 58 de l'*Œuvre médico-chirurgicale*. Paris, Masson.

viscères voisins, il les détache comme il a été dit plus haut ; quand le fibrome est libéré de partout, il le luxe entre les lèvres de l'incision pariétale, s'aidant au besoin d'une prise de tire-bouchon. Une grande compresse est ensuite glissée en arrière de la tumeur et le reste de l'opération, ligature et section du pédicule, va réellement se passer hors du ventre.

La ligature varie suivant les dimensions du pédicule :

α) *Pédicule mince*. — L'opération est, dans ce cas, absolument simple. Le pédicule ne doit jamais être lié par un nœud ordinaire appliqué directement ; pour être assuré contre toute chance de glissement du fil, il faut passer celui-ci avec une aiguille en plein milieu du pédicule ; on peut employer un fil double ; croiser les chefs et lier isolément chaque moitié, ou bien faire un nœud de meunier, comme dans la ligature habituelle d'un sac herniaire.

Puis, à 1 centimètre au-dessus de la ligature, on sectionne le pédicule en le creusant un peu s'il est gros ; on en touche, au besoin, la tranche avec le thermocautère et on enfouit la surface de section par quelques points séro-séreux.

β) *Pédicule épais*. — Il faut alors faire une véritable énucléation du fibrome au niveau de son pédicule ; l'hémostase préalable par des clamps ou une ligature élastique est inutile ; l'hémostase définitive est réalisée par la suture des surfaces cruentées.

On fait donc une incision circulaire, entourant la base d'implantation du fibrome, mais assez loin de cette base pour que, après ablation de la tumeur, les lèvres de la plaie utérine puissent être amenées au contact et suturées. Puis, avec le doigt garni ou non d'une compresse de gaze, on détache le pôle adhérent du fibrome jusqu'à libération complète.

On termine en suturant soigneusement au catgut les lèvres de l'incision utérine. Il faut s'assurer, avant de fermer le ventre, qu'il n'y a aucun suintement sanguin. Dans les cas douteux on pourrait, à l'exemple de Von Hacker et de Wölfler, fixer le pédicule à la paroi abdominale.

Si l'hémorragie est abondante, si le tissu utérin friable ne donne pas de prise aux fils, il vaudrait mieux, plutôt que de laisser des pinces à demeure, faire l'hystérectomie.

II. ÉNUCLÉATION ABDOMINALE DES FIBROMES INTERSTITIELS

1^{er} temps : Incision de la paroi abdominale. — Comme pour une hystérectomie.

2^e temps : Luxation de l'utérus hors du ventre, après libération des adhérences s'il y en a et garniture du champ opératoire au moyen des compresses.

3^e temps : Incision de l'utérus et énucléation des fibromes. — L'hémostase préventive par ligature élastique temporaire de l'utérus au-dessous de la tumeur (Martin, Doléris) est inutile.

Si le ou les fibromes font une saillie appréciable à la surface de l'utérus, faire une incision longitudinale suffisamment longue, sur le grand axe de chaque saillie.

Si le ou les fibromes sont tout à fait interstitiels et si l'on est simplement en présence d'un utérus volumineux, faire une incision médiane sur la paroi antérieure ou postérieure de l'organe, juste en son milieu, sans pénétrer jusqu'à la cavité utérine, et chercher les noyaux interstitiels à la faveur de cette incision.

En tout cas, chaque noyau, découvert par incision de la capsule, sera saisi au moyen d'un tire-bouchon (fig. 227) ou d'une pince à crochets, et énucléé avec les doigts ou des ciseaux mousses. L'énucléation présente des difficultés très variables suivant les cas : certains fibromes sont entourés d'une zone de clivage parfaitement nette permettant de les isoler complètement de leur capsule rien qu'à la forme du décollement digital (fig. 228); d'autres font corps partout avec le reste du tissu utérin et n'en peuvent être séparés qu'en les sculptant artificiellement; ces derniers nous paraissent relever exclusivement de l'hystérectomie.

La précaution essentielle à prendre dans cette énucléation est de *rester toujours au contact intime du fibrome* pour éviter, autant que possible, d'ouvrir la cavité utérine. Dans l'ablation des fibromes de la corne utérine, on s'efforcera de même de respecter le segment interstitiel de la trompe.

Le noyau enlevé, on bourre de gaz stérilisée la cavité sai-

gnante laissée par son ablation et on passe à l'énucléation d'un fibrome voisin. On enlève ainsi successivement tous les noyaux

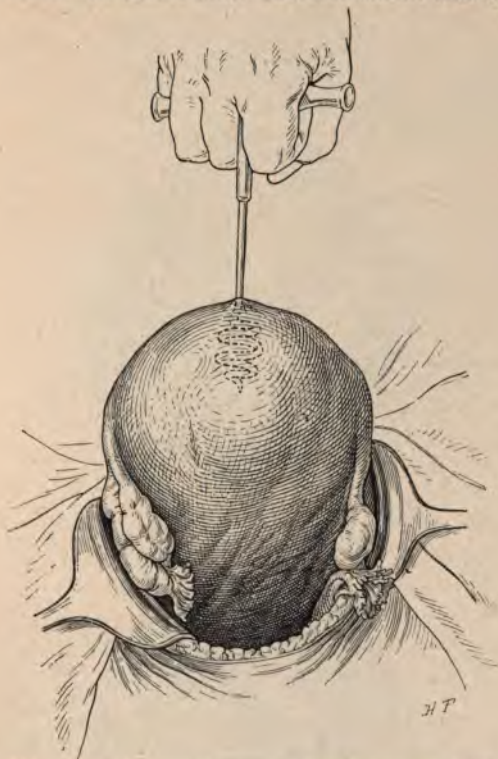


Fig. 227. — Myomectomie abdominale. Préhension d'un fibrome du fond de l'utérus au moyen du tire-bouchon. (D'après Krönig et Döderlein.)

que fait reconnaître une palpation attentive (jusqu'à 5, 7 et plus).

4^e temps : Suture de l'utérus. — On vérifie alors, en faisant au besoin introduire un hystéromètre par un aide, l'intégrité de la muqueuse utérine, car la conduite à tenir diffère suivant que cette muqueuse est intacte ou non.

α) Si la cavité utérine n'est pas ouverte, il n'y a aucune chance d'infection et il faut fermer sans drainage. Après résection, s'il y a lieu, des lambeaux utérins faisant cloison entre deux loges



Fig. 228. — Myomectomie abdominale. Temps de l'énucléation.
(D'après Krönig et Döderlein.)



Fig. 229. — Myomectomie abdominale. Capitonage au catgut de la
loge laissée vide par l'énucléation. (D'après Krönig et Döderlein.)

d'énucléations voisines, on ferme ces loges par un véritable capitonnage (fig. 229) au catgut qui assure l'hémostase et, par-dessus, par un surjet péritonéal.

β) Si la cavité utérine est ouverte, on a le choix entre deux méthodes, suivant que l'on redoute plus ou moins une infection provenant de l'utérus. Les uns se contentent de suturer la brèche faite à la muqueuse, puis ferment les loges d'énucléation comme si de rien n'était.

D'autres, plus nombreux, drainent la cavité utérine et parfois même les grandes loges d'énucléation au moyen d'un tube ou d'une mèche traversant le col dilaté et débouchant dans le vagin. Par-dessus le drainage ils suturent les incisions faites à l'utérus.

5^e temps : Fermeture de la paroi abdominale, sans drainage.

CHAPITRE VI

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

Grâce aux efforts de Terrier, de Pozzi et de Delagenière, l'ablation de l'utérus par le ventre, avec ou sans conservation des annexes, a vu, dans ces dernières années, s'agrandir énormément son champ d'action aux dépens de l'ablation simple des annexes et de l'hystérectomie vaginale. Elle est, entre les mains de la plupart des chirurgiens actuels, l'opération gynécologique la plus pratiquée. On ne la discute plus comme traitement de choix dans toutes les salpingites bilatérales, dans presque tous, sinon tous les fibromes : seule méthode rationnelle dans le cancer du corps de l'utérus, elle se dispute encore avec l'hystérectomie vaginale la thérapeutique du cancer du col.

Cette extension de ses indications, l'hystérectomie abdominale la doit aux très grands perfectionnements qu'a subis récemment sa technique : elle n'est devenue bénigne qu'en

devenant une opération faite au grand jour, grâce à la position de Trendelenburg et aux valves bien employées. Conduite d'une façon méthodique, terminée par une hémostase rigoureuse et par une reconstitution exacte du péritoine pelvien, elle donne d'excellents résultats.

Les procédés d'hystérectomie abdominale sont très nombreux. Les auteurs les ont multipliés à plaisir.

Néanmoins il reste quatre ou cinq grandes méthodes d'exérèse assez différentes dans leur exécution pour mériter des descriptions à part.

Les divers procédés d'hystérectomie abdominale diffèrent les uns des autres à trois points de vue : par l'étendue de l'exérèse utérine que l'on peut faire totale ou partielle, — par le point d'attaque de l'utérus, — par la manière de traiter les annexes.

a) *Étendue de l'exérèse.* — Elle permet de faire la distinction capitale en *hystérectomie totale*, dans laquelle l'utérus est enlevé en totalité après section circulaire du vagin, et *hystérectomie subtotal* ou *supravaginale*, dans laquelle l'utérus est coupé en travers au niveau de son col, immédiatement au-dessus de l'insertion du vagin. C'est le procédé qu'emploie généralement Pozzi qui fut un des grands défenseurs de la voie abdominale.

L'hystérectomie totale a des indications de nécessité : elle ne se discute pas quand le col est profondément altéré et, à plus forte raison, s'il est suspect de dégénération maligne. Mais, en dehors de ces cas, beaucoup de chirurgiens préfèrent l'hystérectomie supravaginale, d'exécution plus aisée, surtout au point de vue de l'hémostase.

La technique des deux hystérectomies, totale ou subtotal, ne diffère que dans les derniers temps de l'opération. Pour le reste, elles sont très semblables et nous ne croyons pas devoir séparer ce chapitre de généralités en deux paragraphes concernant l'une l'hystérectomie totale, l'autre l'hystérectomie supravaginale : la plupart des procédés que nous décrivons sont en effet applicables à l'une et à l'autre.

b) *Point d'attaque de l'utérus.* — C'est d'ordinaire au niveau de sa partie supérieure, de son fond, qu'on saisit et qu'on commence à libérer l'utérus, poursuivant ensuite de haut en

bas, pour finir par le dégagement ou la section du col.

D'autres chirurgiens ont été droit à ce col, point fixe qui empêche d'élever et de mobiliser tout l'organe; ils l'ont découvert et saisi par l'incision du cul-de-sac postérieur, libéré en désinsérant circulairement le vagin et extirpé ainsi l'utérus de bas en haut. C'est ce qui caractérise le procédé de Doyen. La chose est facile quand le cul-de-sac de Douglas est libre, c'est-à-dire dans beaucoup de cas de fibromes; elle devient à peu près impossible quand ce cul-de-sac est effacé par des adhérences ou rempli par une tumeur, comme dans quelques fibromes et dans la plupart des salpingites.

On peut alors attaquer le col utérin par le cul-de-sac antérieur, vésico-utérin, presque toujours libre d'adhérences : c'est ce qu'ont proposé Richelot, Jonnesco, entre autres.

Tous ces procédés ne sont applicables qu'à l'hystérectomie totale, puisque tous ouvrent d'emblée le vagin pour aller saisir le col. On peut appliquer la méthode d'attaque première du col à l'hystérectomie supravaginale en faisant l'*hystérectomie par décollation* de J.-L. Faure : on va droit au col, on le tranche d'un coup de ciseaux et on enlève l'utérus de bas en haut, comme dans le procédé de Doyen.

c) *Traitement des annexes.* — Quand les annexes sont saines, on peut les enlever avec l'utérus ou les conserver. Il est toujours préférable de conserver au moins un ovaire sain, chez des femmes encore jeunes pour éviter les troubles dus à l'insuffisance ovarienne. Dans ces cas faciles, l'ablation des annexes ne présente rien de particulier : on coupe les ligaments larges à leur partie externe et on enlève, d'une seule pièce, utérus et annexes par les procédés ordinaires.

Il n'en va plus de même quand les annexes sont malades et ce sont les hystérectomies pour salpingites bilatérales qui sont les plus difficiles. C'est aussi pour elles qu'on a imaginé les procédés les plus nombreux. Suivant les circonstances, on enlèvera à la fois l'utérus et les trompes ou l'on extirpera successivement chaque organe. Dans les cas difficiles où l'on ne peut enlever le tout d'un seul bloc il y a avantage à faire l'*ablation première de l'utérus* et à *décortiquer les annexes de bas en haut*.

Plusieurs procédés modernes réalisent cette double indica-

tion. Le *procédé américain*, *hystérectomie par incision transvers* (Kelly), n'y arrive que par un côté : du côté où les annexes paraissent le plus abordables, on attaque le ligament large par son bord supérieur et on le sectionne de haut en bas, puis on coupe l'utérine du même côté, on tranche en travers le col ou le vagin et on fait basculer l'utérus; grâce à cette manœuvre, le ligament large et les annexes du côté difficile sont abordés par en bas et se déroulent pour ainsi dire en se détachant de la paroi pelvienne.

J.-L. Faure en imaginant, ainsi que Kelly, l'*hystérectomie par hémisection utérine*, a permis de traiter les deux côtés avec les avantages et les facilités que le procédé américain donne pour un seul. L'utérus étant fendu préalablement sur sa ligne médiane, avasculaire, chaque moitié est successivement saisie par une pince au niveau du col et extirpée, avec les annexes du même côté, de dedans en dehors et de bas en haut.

Un procédé que Terrier a préconisé dans les cas de salpingites très adhérentes arrive au même but d'une manière un peu différente. On fait l'ablation première de l'utérus; puis, profitant de la place laissée libre par la disparition de l'organe, la main va pénétrer au-dessous du pôle inférieur des poches tubaires et les décolle de bas en haut.

Nous venons d'indiquer les principales méthodes d'hystérectomie abdominale et les indications particulières auxquelles elles répondent. Nous allons maintenant étudier successivement l'hystérectomie subtotale et l'hystérectomie totale.

A. — *Hystérectomie subtotale.*

Comme le fait remarquer Ricard⁽¹⁾ l'histoire de l'hystérectomie *subtotale* (Longuet) est de date absolument récente. Exécutée pour la première fois d'une façon réglée par Bassini en 1886 et employée deux ans plus tard par Hofmeier, elle ne se généralisa en Amérique qu'en 1895 avec Kelly, dont le procédé que nous décrivons plus loin fut vulgarisé en France par Segond.

Dans sa forme la plus simple et la plus employée aujourd'hui

(1) RICARD. De l'hystérectomie abdominale totale. *Rapport au XIII^e Congrès de chirurgie* (1899).

l'hystérectomie subtotale fut chez nous préconisée dès l'origine par Pozzi et par Terrier qui, en publiant ses succès répétés aux Congrès de chirurgie de 1896, 1897, 1898, 1899, montra la supériorité de cette opération et établit d'une manière définitive sa supériorité sur les opérations qui se pratiquent par voie vaginale.

I. Ablation simultanée de l'utérus et des annexes.

1^{er} temps : Incision abdominale. de 12 centimètres au moins, proportionnelle au volume de la tumeur; on l'agrandira, au besoin, au cours de l'opération.

2^e temps : Libération de l'utérus. — Dès que le ventre est ouvert, le chirurgien explore rapidement l'excavation pelvienne, reconnaît le fond de l'utérus, les annexes, les adhérences, s'il y en a; c'est alors qu'il se décide à avoir recours à tel ou tel procédé.

Une valve sus-pubienne est mise en place pour bien éclairer

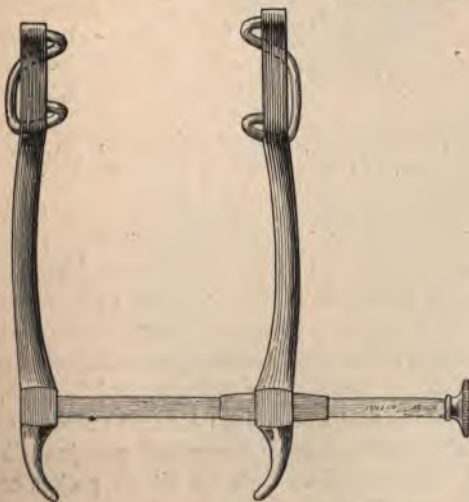


Fig. 250. — Écarteur automatique de Gosset.

le champ opératoire. La pose de deux écarteurs ou mieux d'un écarteur automatique (fig. 250) complète utilement son action.

Ricard en a imaginé un modèle à trois branches qui remplace à la fois la valve sus-pubienne et les écarteurs latéraux.

L'utérus est saisi au niveau de son fond par une pince à griffes (fig. 251), dans les cas ordinaires, au moyen d'un tire-

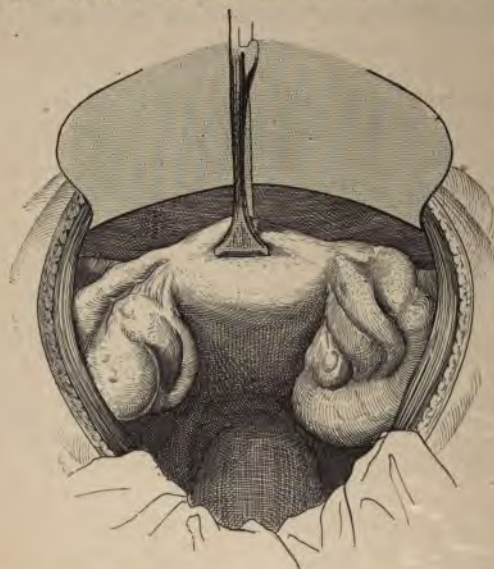


Fig. 251. — Hystérectomie subtotal. Ablation de l'utérus et des annexes. Prise de l'utérus. Technique de Terrier. (D'après Gosset.)

bouchon, s'il s'agit d'un fibrome. On l'attire le plus haut possible et on s'efforce de le luxer entre les lèvres de l'incision abdominale; cette manœuvre est facile s'il n'y a pas d'adhérences; dans le cas contraire, il faut traiter ces adhérences comme il a été dit au chapitre I^{er} : il faut libérer complètement la face postérieure de l'utérus.

Ceci fait, on isole du champ opératoire l'intestin qui, sous l'influence de la position inclinée, est déjà retombé vers le diaphragme. Pour cela, on glisse en arrière de l'utérus une grande compresse qui est poussée jusqu'au contact de la paroi postérieure du bassin; deux autres compresses analogues sont introduites, à droite et à gauche, jusqu'à la paroi latérale. Ces trois compresses établissent une cloison étanche entre le bassin et le reste de l'abdomen; elles ne bougeront pas jusqu'à la fin de l'opération. Par-dessus, on étale un lit de petites compresses qui seront changées, au cours de l'intervention, à mesure qu'elles seront salies.

5^e temps : Hémostase et section des pédicules utéro-ovariens et

des ligaments ronds. — On la pratique successivement à droite et à gauche, en commençant par le côté qui paraît le plus accessible; en dehors des annexes, lorsqu'elles se laissent facilement isoler.

Le bord supérieur de chaque ligament large est tendu en inclinant légèrement l'utérus du côté opposé (fig. 252). On coupe les vaisseaux entre deux pinces. On commence par le pédicule utéro-ovarien.

On traite de même le ligament rond (Terrier) qui est coupé entre une pince en dehors, et une pince en dedans (fig. 253). Puis on répète ces manœuvres du côté opposé.

Le fond de l'utérus, libéré de ses attaches vas-

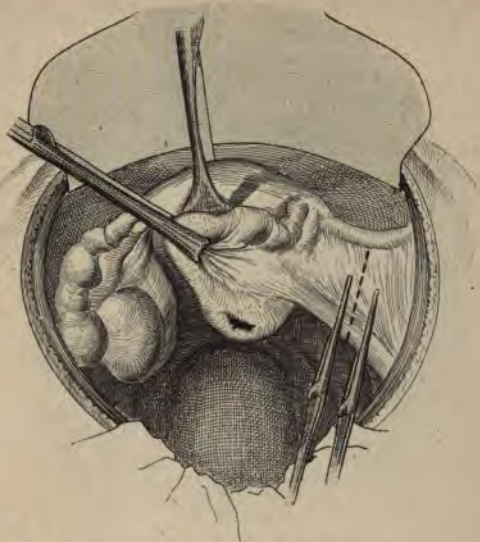


Fig. 252. — Hystérectomie subtotale. Ablation de l'utérus et des annexes. Section du pédicule utéro-ovarien droit. Technique de Terrier. (D'après Gosset.)

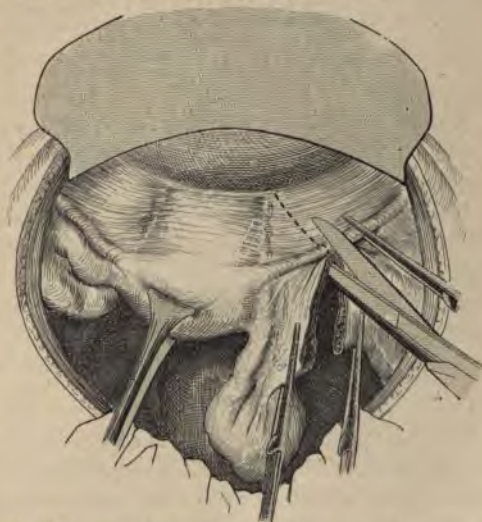


Fig. 253. — Hystérectomie subtotale. Ablation de l'utérus et des annexes. Section du ligament rond droit. Technique de Terrier. (D'après Gosset.)

culaires, s'élève sous la traction de l'aide (fig. 254). Un coup de

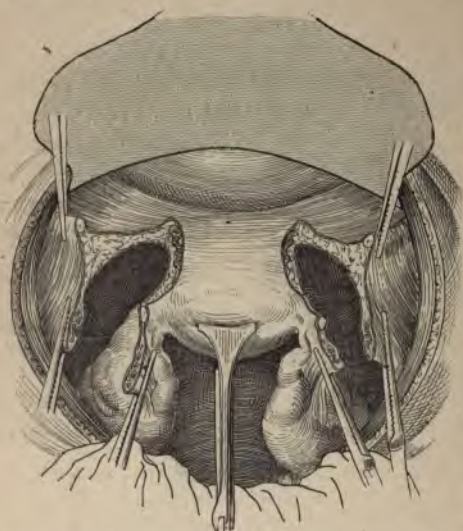


Fig. 254. — Hystérectomie subtotale. Ablation de l'utérus et des annexes. Le section des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds est achevée. Technique de Terrier. (D'après Gosset.)

ciseaux, de chaque côté sectionne la partie moyenne, avasculaire, du ligament large.

4^e temps : Incision du péritoine pré-utérin et décollement de la vessie. — Une incision légèrement courbe, concave en haut, n'intéressant que le péritoine, est conduite de l'extrémité de la section d'un ligament large à l'autre, au-devant de l'utérus; elle passe franchement sur l'utérus lui-

même, parallèlement à la ligne de réflexion du péritoine sur la vessie et à 1 ou 2 centimètres au-dessus de cette ligne; on reconnaît facilement le fond du cul-de-sac vésico-utérin à son aspect blanchâtre: au besoin, si la vessie était déviée par un fibrome, on se repèrerait sur une sonde vésicale.

Le péritoine de la vessie et du cul-de-sac, presque toujours intact, est décollé de l'utérus avec le doigt revêtu d'une compresse; il faut pousser ce décollement jusqu'au vagin. Le lambeau péritonéal, repéré par une pince, et la vessie sont refoulés en avant. La face antérieure du col utérin apparaît dans toute son étendue.

5^e temps : Hémostase et section des artères utérines. — Sur les côtés du col ainsi dénudé, le plus bas possible, on cherche les artères utérines. Elles sont habituellement faciles à trouver: quand on ne les voit pas, on peut du moins les sentir battre. Une pince est mise sur chacune d'elles.

6^e temps : *Section du col utérin.* — Avec le bistouri, on coupe le col en travers, à 1 centimètre environ au-dessus de l'insertion du vagin (fig. 255) : l'exérèse utérine est achevée. Le moignon cervical est immédiatement saisi par une pince à griffes pour l'empêcher de fuir ; une compresse est glissée derrière lui et la lame rougeie du thermocautère enfoncée dans sa lumière pour détruire la muqueuse toujours suspecte.

Il faut, autant que possible, faire la section du col en creusant ; dans tous les cas, on la régularise aussitôt avec le bistouri, de façon à creuser le moignon en une cavité conique facile à fermer.

7^e temps : *Suture du col utérin.*
— On ferme im-

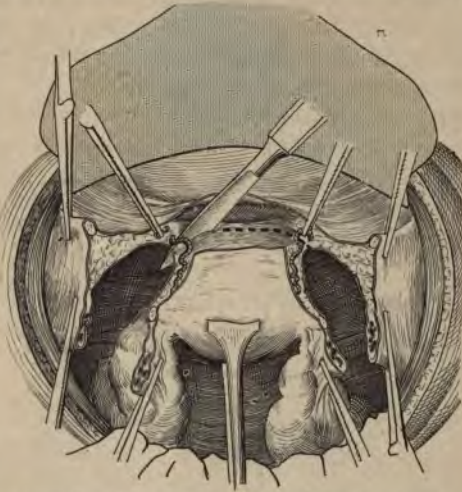


Fig. 255. — Hystérectomie subtotale. Section du col et des utérines. Technique de Terrier. (D'après Gosset.)

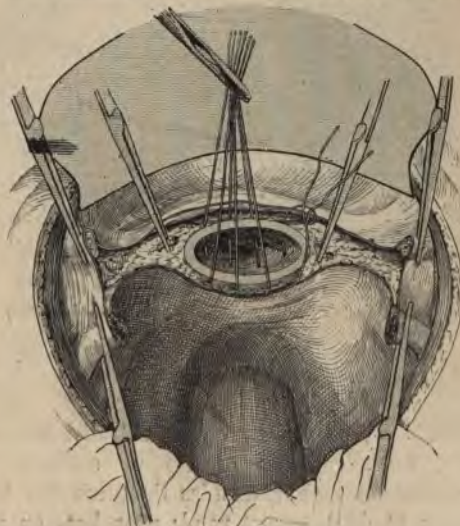


Fig. 256. — Hystérectomie subtotale. Suture du col utérin évidé. Technique de Terrier. (D'après Gosset.)

médiatement le moignon cervical par une suture au catgut (4 ou 5 points séparés ou un surjet) : l'aiguille courbe charge largement le tissu utérin (fig. 236). Cette suture a pour double but de fermer hermétiquement la cavité cervicale et de compléter l'hémostase des moignons.

Il faut que celle-ci soit parfaite; si quelque point donnait encore, on le prendrait dans une ligature ou une suture.

Ceci fait, l'hémostase vérifiée, on enlève la compresse placée derrière le moignon du col, on coupe les chefs des ligatures jusque-là conservés longs.

8^e temps : *Péritonisation*. — a) *Cas faciles*. — Lorsqu'il y avait peu ou point d'adhérences, « la surface à recouvrir revêt

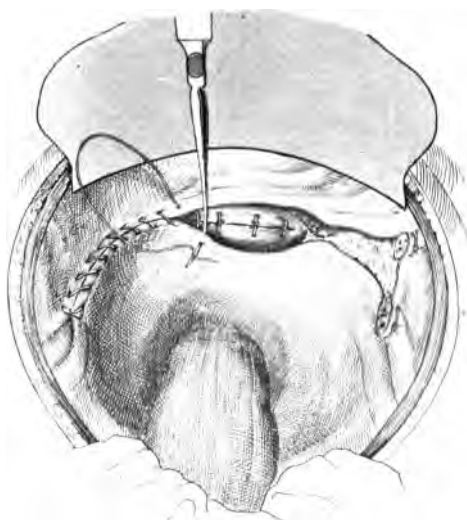


Fig. 257. — Hystérectomie subtotalaire. Péritonisation. Technique de Ferreri. (D'après Gossel.)

dans son ensemble l'aspect d'un croissant. Elle comprend une partie centrale ovale correspondant à la section du col et qui se prolonge à droite et à gauche par deux ailes correspondant à la base des ligaments larges. » (Judet.) Avec l'aiguille à pédale, qui est très commode pour cette suture, ou une

simple aiguille courbe de Reverdin, on commence, en se servant de catgut fin, un surjet qui débute au sommet du ligament large gauche en enfouissant les ligatures des vaisseaux utéro-ovariens et du ligament rond; plus bas, au niveau du moignon il rabat par-dessus lui et les artères utérines, le lambeau antérieur qui est suturé au péritoine conservé

sur la lèvre postérieure du col (fig. 257); il continue enfin sur la tranche du ligament large droit et finit en enfouissant le pédicule ovarien et le ligament rond. « Si l'on a pris soin d'arrêter son surjet tous les quatre ou cinq points, l'on a une ligne de sutures des plus nettes, nullement frôlée, et un petit bassin complètement et nettement restauré, recouvert partout de péritoine. »

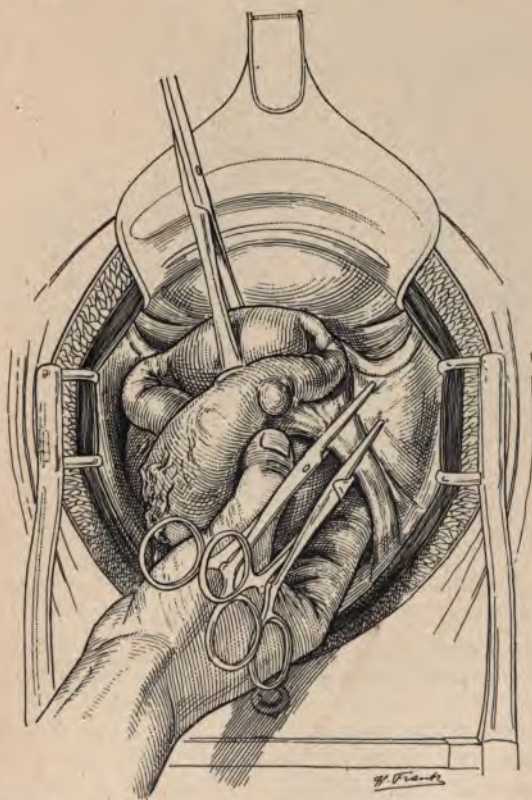


Fig. 258. — Décortication rétro-ligamentaire d'une volumineuse salpingite droite adhérente.

b) *Cas complexes.* — Lorsque le cul-de-sac de Douglas était occupé par des annexes malades et rempli d'adhérences, les délabrements sont bien plus considérables. Il a fallu en effet dégager une (fig. 258) et souvent deux (fig. 259) annexes volu-

mineuses prolabées et complètement adhérentes au Douglas et aux parois de l'excavation, si bien que par places une fois le dégagement des annexes terminées le revêtement séreux a complètement disparu. « L'opération terminée, le pelvis apparaît

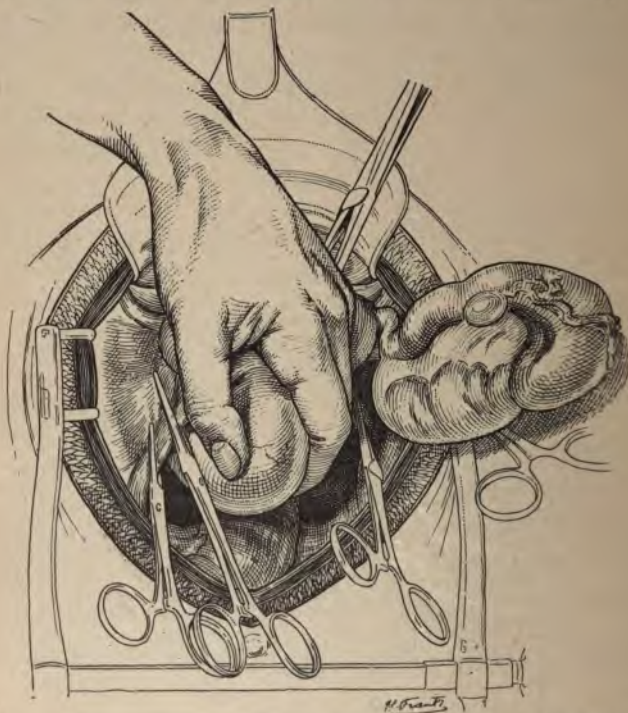


Fig. 239. — Isolement des annexes gauches après énucléation préalable des droites. Dénudation étendue du petit bassin.

sous l'aspect d'une vaste excavation dénudée dont la surface irrégulière, tomenteuse, recouverte de débris et d'exsudats, suinte sur toute son étendue; le rectum se montre aminci, friable: dépouillé de séreuse, l'uretère et ses vaisseaux hypogastriques ont pu être mis à nu. » Il faut, dans de tels cas, suturer en surjet le lambeau péritonéal antérieur (vésical), toujours indemne, avec le péritoine du colon pelvien attiré en avant : on charge la séreuse et la musculuse de l'intestin avec ses appendices épiploïques. « Il résulte de ce surjet vésico-sigmoïde un

effacement complet du cul-de-sac de Douglas. Le siège des lésions extirpées se trouve complètement séparé de la grande cavité péritonéale ; il est pour ainsi dire extériorisé au-dessous d'elle : anse sigmoïde et vessie adossées forment une cloison complète. » (Judet.)

On doit, dans les cas de ce genre, drainer le fond du Douglas, au-dessous du péritoine reconstitué, soit par le vagin, soit par l'abdomen.

9^e temps : *Suture de la paroi abdominale.* — Comme d'habitude, avec ou sans drainage suivant les indications. (Voir chapitre 1^{er}.)

II. Hystérectomie subtotale par ablation première de l'utérus (procédé de Terrier).

Nous empruntons la description de ce procédé à l'excellente thèse de Delage (Paris, 1901), à laquelle nous renvoyons pour plus de détails.

1^{er} et 2^e temps : *Incision de la paroi abdominale et libération de l'utérus*, comme dans le procédé précédent. Il suffit de dégager la face postérieure de l'utérus et, ceci obtenu, il est inutile de pousser plus avant la décortication des annexes qui sera laissée pour plus tard.

3^e temps : *Section des ligaments larges sur les bords de l'utérus.* — *Taille du lambeau péritonéal pré-utérin.* — *Recherche et hémostase des utérines.* — *Section supra-vaginale de l'utérus.* — *Traitement du moignon au thermocautère.* — « Tenant l'utérus bien attiré par la pince fixée sur son fond, on place sur l'étage supérieur du ligament large droit, tout contre le bord latéral de l'utérus, une pince de Kocher qui le tient sur toute sa longueur ; on en place une seconde un peu en dehors d'elle et, entre les deux, on sectionne le ligament large (fig. 240).

« On procède de la même façon sur le flanc gauche de l'utérus dont tout le corps se trouve ainsi isolé des masses annexielles demeurées sur les flancs de la paroi pelvienne. Sur la face antérieure de l'utérus, en partant du point où se trouve l'ex-

trémité de la pince restée fixée au flanc gauche de l'utérus, on taille au bistouri, en allant de gauche à droite, un lambeau pré-utérin à convexité supérieure, l'incision venant s'arrêter au niveau de la pince qui se trouve sur le côté droit. »

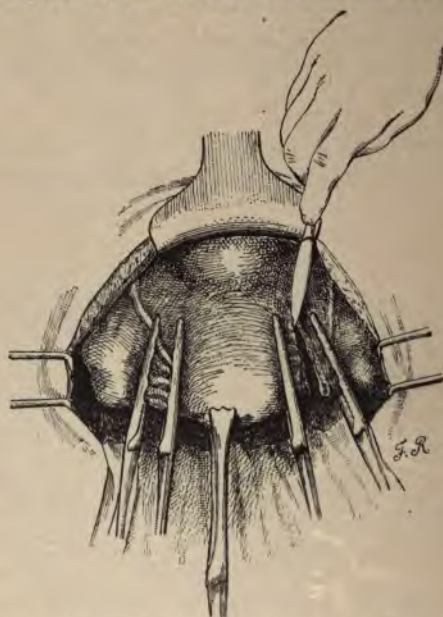


Fig. 240. — Hystérectomie subtotale pour suppuration pelvienne. Ablation première de l'utérus. Procédé de Terrier. Section du ligament large droit. (Monod et Vanverts, d'après Delage.).

Comme dans le procédé précédemment décrit, on décolle le lambeau péritonéal et la vessie qui sont réclinés en avant, et l'on dénude la face antérieure du col jusqu'au vagin.

On cherche et on reconnaît, des deux côtés du col, les artères utérines (fig. 241) qui sont pincées. Enfin, on sectionne en travers le col, au-dessus de l'insertion vaginale, comme d'habitude; on cautérise la muqueuse du col d'un coup de thermocautère.

« L'utérus se trouve enlevé sans une goutte de sang et laisse, entre les deux masses annexielles, une large place où la main qui les enlèvera pourra évoluer à son aise. »

4^e temps : Ablation des annexes et des poches annexielles. — Après ponction des poches suppurées, si cela paraît utile, on décolle les annexes *de bas en haut* le long de la paroi et bientôt elles ne tiennent plus que par le ligament infundibulo-pelvien et par le ligament rond qui peut leur adhérer. Une pince sur chacun de ces ligaments assure l'hémostase de l'artère funiculaire et de l'artère utéro-ovarienne (fig. 242), et, par quelques coups de

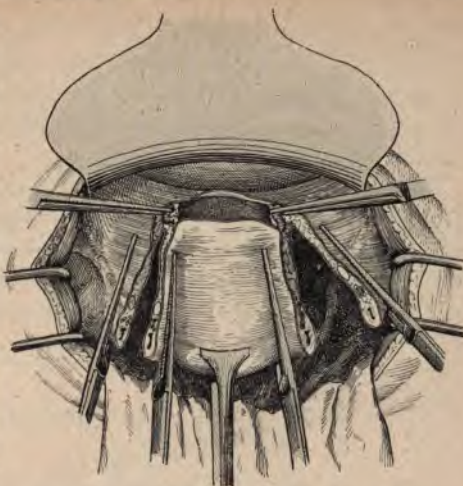


Fig. 241. — Hystérectomie subtotale pour suppuration pelvienne. Ablation première de l'utérus. Procédé de Terrier. Isolement de l'utérus par section des ligaments larges. (D'après Delage.)

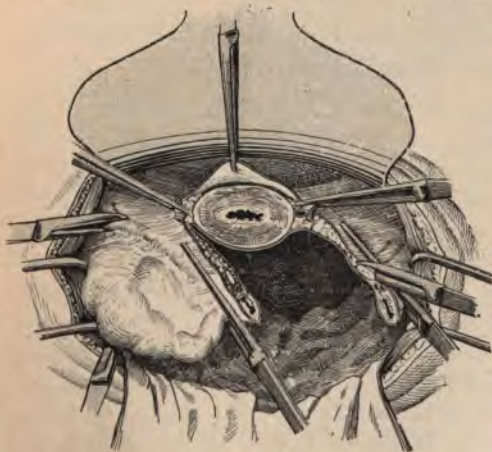


Fig. 242. — Hystérectomie subtotale pour suppuration pelvienne. Ablation première de l'utérus. Isolement des annexes du côté gauche. Procédé de Terrier. (D'après Delage.)

ciseaux le long de la paroi pelvienne, on détache les annexes malades.

« Le petit bassin se trouve alors complètement vidé de ses néoformations inflammatoires, et l'opération a été faite rapidement et toujours sans que l'on ait à craindre d'hémorragie. »

5^e temps : Hé-

mostase. — On remplace par des fils les six pinces qui ont été placées au cours de l'opération.

6^e, 7^e et 8^e temps : *Suture du col utérin.* — *Péritonisation.*
Suture de la paroi abdominale. — Comme dans le procédé précédent.

Pozzi, dans le procédé usuel qu'il a décrit, fait également l'hystérectomie préalable avant d'enlever les annexes. Pour cela il place sur des ligaments larges des pinces clamps d'un modèle spécial, légèrement courbées sur le champ pour s'appliquer exactement contre l'utérus et garnies de petits piquants pour empêcher le dérapage.

III. Procédé américain.

Le procédé américain primitif est une hystérectomie supravaginale; nous empruntons à Kelly la plus grande partie de sa description. On commence par le côté où les annexes sont le plus facilement accessibles; nous supposons ici qu'on fait de gauche à droite. C'est une *hystérectomie par incision continue transverse*.

1^{er} et 2^e temps : *Incision abdominale et libération de l'utérus*, comme dans le procédé ordinaire.

3^e temps : *Ligature et section du pédicule ovarien et du ligament rond gauches.* — On commence par « chercher les vaisseaux de l'ovaire qui peuvent toujours être trouvés à l'extrémité externe du ligament large, en tirant à soi l'S iliaque.

« Une fois les vaisseaux utéro-ovariens isolés, ils seront pincés et liés du côté de l'utérus et de la paroi pelvienne, puis sectionnés entre ces deux ligatures.... La section doit passer assez loin du fil, au moins à 1 centimètre, pour ne pas courir le risque de le voir tomber du moignon qui est abandonné.... L'incision sera continuée suivant la direction oblique du ligament rond vers l'utérus. Le ligament rond, pincé tout près de l'utérus, sera sectionné à environ 2 centimètres, et l'on aura ainsi complètement détaché le sommet du ligament large. La trompe et l'ovaire adhérents peuvent alors être abordés de front

et libérés; on les séparera d'abord du ligament large en les prenant en bas sur le plancher pelvien. Tout d'abord on rompra leurs adhérences à la paroi pelvienne, et quand ceci sera fait, on les détachera de bas en haut. »

4^e temps : Incision du péritoine pré-utérin et décollement de la vessie. — Ce temps est le même que dans le procédé ordinaire : l'incision péritonéale, concave en haut, parallèle et sus-jacente au fond du cul-de-sac vésico-utérin, s'étend du ligament rond gauche au ligament rond droit. La vessie est refoulée en avant et la face antérieure du col découverte.

5^e temps : Ligature et section de l'artère utérine gauche. —

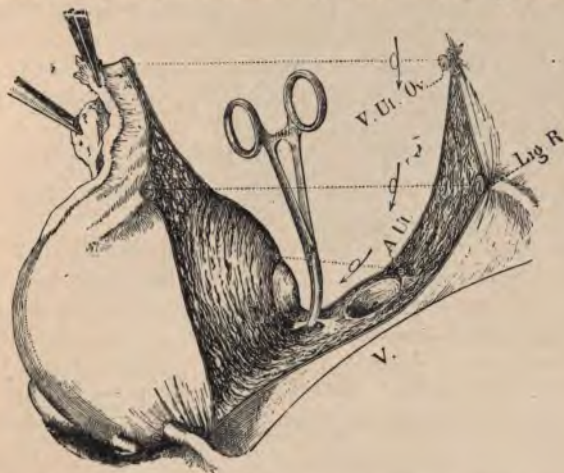


Fig. 243. — Hystérectomie subtotale par le procédé américain. Après section du ligament large gauche et du col la bascule de l'utérus à droite met en évidence l'artère qui est pincée. — V. Ut. Ov. Pédicule utéro-ovarien. — Lig. R. Ligament rond. — A. Ut. Artère utérine gauche. — V. Vessie. (Monod et Vanverts, d'après Kelly.)

L'utérus est incliné vers la droite. Le col est « mis à nu sur une longueur de 5 centimètres, saisi entre le pouce et l'index par devant et en arrière; on repère son extrémité inférieure que l'on sent distinctement à travers le cul-de-sac du vagin et l'on sent les battements de l'artère utérine de la même façon sur les côtés. »

L'artère est chargée par une aiguille, très bas, près du col, d'avant en arrière; puis liée solidement.

6^e temps : *Section transversale du col de l'utérus*, avec le bistouri ou les ciseaux, immédiatement au-dessus de l'insertion du vagin ; thermocautérisation de la cavité cervicale (Kelly ne la fait pas et se contente d'essuyer le moignon avec de la gaze).

7^e temps : *Traction en haut et en dehors de l'utérus ; pincement des vaisseaux utérins droits au delà du moignon utérin, du ligament rond et des vaisseaux ovariens droits ; ablation de l'utérus*. — « Aussitôt que la section du col est achevée, les deux parties commencent à se séparer jusqu'à ce qu'un intervalle de 2 ou 3 centimètres existe entre elles, ou l'on voit les vaisseaux utérins droits. On les saisit (fig. 245) et on les coupe à 1 centimètre ou plus au-dessus du moignon cervical. On soulève l'utérus encore plus haut et plus loin (bascule de gauche à droite) jusqu'à ce qu'on ait coupé le ligament rond pincé près du fond.

« En dernier lieu, quand l'énucléation est complète, on pince et coupe les vaisseaux ovariens dans le ligament large, près de la paroi pelvienne. »

On remplace les trois pinces mises sur les vaisseaux du côté droit par des ligatures ; en liant l'utérine, Kelly recommande de ne pas pousser le nœud profondément en bas du côté du col, de peur de pincer l'uretère.

8^e, 9^e et 10^e temps : *Suture du col utérin*. — *Péritonisation*. — *Suture de la paroi abdominale*, comme dans le procédé ordinaire.

IV. Hystérectomie par décollation (Procédé J.-L. Faure).

J.-L. Faure décrit sous ce nom d'hystérectomie par décollation un ingénieux procédé d'hystérectomie subtotale par section première du col. La manœuvre qui le caractérise consiste en effet à sectionner de prime abord l'isthme utérin en l'attaquant par sa face postérieure, en utilisant comme Doyen l'excellente voie que fournit le cul-de-sac de Douglas lorsqu'il est libre.

1^{er} et 2^e temps : Incision abdominale et bascule de l'utérus. — Une fois le ventre ouvert et les lèvres de l'incision largement écartées, l'utérus est attiré au dehors et renversé autant que possible sur le pubis, soit avec une pince, soit avec un tire-bouchon (c'est surtout aux fibromes que s'adresse en effet ce procédé). Ainsi exposé, le cul-de-sac de Douglas est facilement accessible.

3^e temps : Section de l'isthme utérin.

— Entre la face postérieure du col et la face postérieure du corps utérin, au niveau du bord supérieur des ligaments utéro-sacrés, est une partie légèrement rétrécie et qui correspond à l'isthme. C'est à ce niveau qu'en deux ou trois coups de gros ciseaux courbes à pointes mousses on vient sectionner l'utérus. L'aide faisant bâiller l'incision utérine à mesure qu'elle s'approfondit, il est facile de n'intéresser que le tissu utérin. La vessie est d'autant plus à l'abri que la section aboutit habituellement en avant au niveau du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

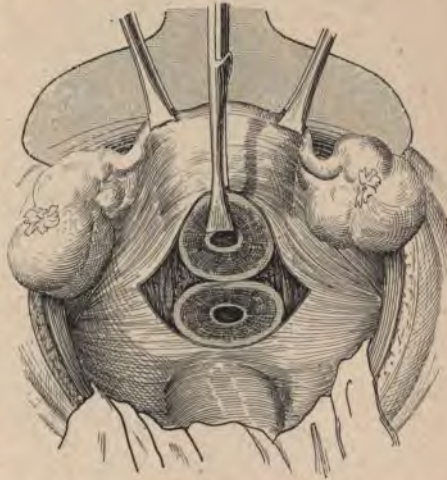


Fig. 244. — Hystérectomie subtotale par décollation. Procédé de J.-L. Faure. Après section de l'isthme, la tranche supérieure est attirée en haut. (D'après J.-L. Faure.)

4^e temps : Décollement des annexes de bas en haut et section des ligaments larges. — Lorsque la décollation se trouve ainsi complétée, une pince est mise sur la tranche de section supérieure (fig. 244) et l'attire en haut (1), de façon à ouvrir le plus largement possible l'espace qui sépare les deux segments utérins. Deux doigts y pénètrent et viennent effondrer le feuillet

(1) Habituellement la section de l'utérus respecte les utérines. S'il en était autrement on procéderait à leur hémostase.

postérieur du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Rien n'est plus simple alors que d'étaler et de soulever l'un des ligaments larges, le droit de préférence, et de le sectionner après avoir mis des pinces sur le pédicule utéro-ovarien, le ligament rond

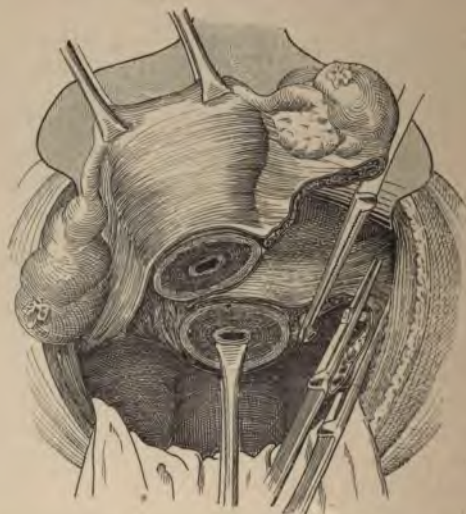


Fig. 245. — Hystérectomie subtotale par décollation. Procédé de J.-L. Faure. Section du ligament large droit et bascule latérale de l'utérus. (D'après J.-L. Faure.)

et l'artère utérine (fig. 245). L'utérus se laisse alors basculer à gauche et on termine comme dans le procédé américain.

B. — Hystérectomie totale.

I. Procédé courant.

Les cinq premiers temps : l'incision de la paroi abdominale, la prise de l'utérus (fig. 246), le pincement des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds (fig. 247), leur section (fig. 248) et la taille de la collerette péritonéale antérieure (fig. 249),

s'exécutent comme dans l'hystérectomie supra-vaginale, suivant le procédé de Terrier.

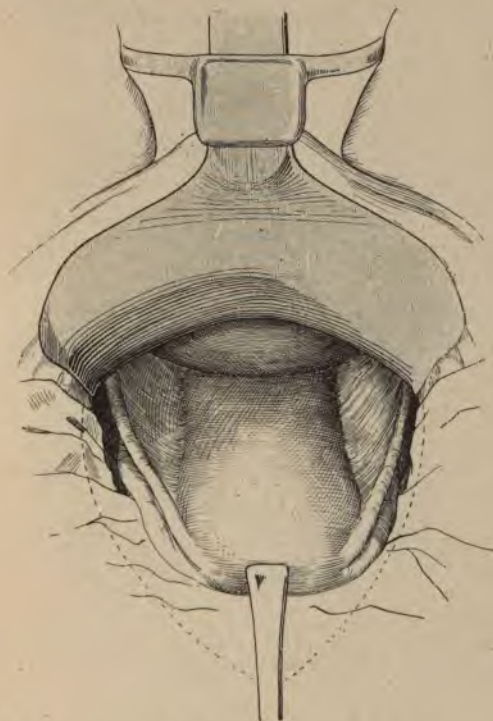


Fig. 246. — Hystérectomie abdominale totale. Exposition du champ opératoire
Prise de l'utérus.

6^e temps : Ouverture du cul-de-sac vaginal ; section circulaire du vagin. — Le col étant complètement libéré, les troncs des utérines liés et coupés le plus bas possible, l'utérus ne tient plus que par l'insertion vaginale. « Pour le libérer, coupez circulairement l'insertion avec les ciseaux, dirigés obliquement vers le museau de tanche; coupez-la au jugé, pour ainsi dire, en pénétrant un peu dans le tissu utérin, de telle façon qu'il en reste une parcelle à chaque lèvre de la plaie vaginale. Quand la lèvre antérieure de cette plaie commence à se détacher, une pince à traction la saisit; de même pour la postérieure. Aussitôt

Cett
sist
lui,
et
d'o
rie
la

da
ti
ul
ol
la

de l'année 17
par le
de l'année 17
de l'année 17
de l'année 17



Dès que l'utérus est enlevé, on introduit une mèche dans le vagin, de haut en bas, par le ventre.

7^e temps : *Traitement de la plaie vaginale.* — Il varie suivant

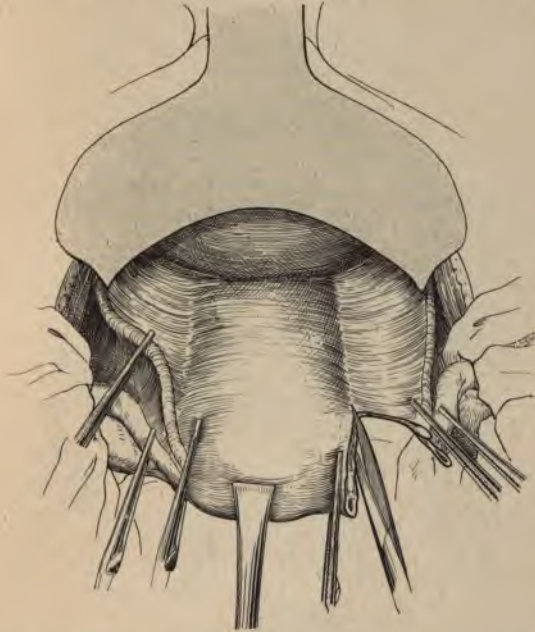


Fig. 248. — Hystérectomie abdominale totale. Section du ligament large droit.

que l'on se décide à fermer le vagin ou à s'en servir pour drainer.

a. Fermeture du vagin sans drainage. — 1^o On commence par faire une hémostase soignée de la tranche vaginale; elle donne toujours du sang, surtout en arrière; tous les points qui saignent sont pincés et liés; l'hémorragie en nappe sera arrêtée par la suture du vagin.

2^o On réunit ensuite, par un surjet de catgut prenant toute l'épaisseur des parois vaginales, les bords de l'incision : l'orifice circulaire laissée par l'amputation de l'utérus fait place à

une ligne de suture transversale et se trouve hermétiquement clos.

5° Enfin, par-dessus le vagin suturé, on fait une péritonisation exacte, comme après l'hystérectomie supra-vaginale.

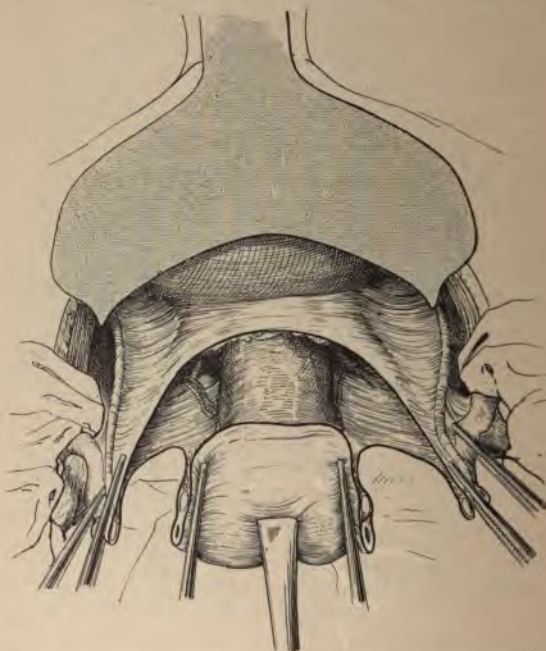


Fig. 249. — Hystérectomie abdominale totale. Taille de la collerette péritonéale antérieure.

b. Établissement d'un drainage vaginal. — On commence, comme dans le cas précédent, par l'hémostase de la tranche vaginale; puis, pour enfouir cette tranche cruentée, on mène un surjet circulaire reconstituant le péritoine par-dessus les tranches de section des pédicules.

Auparavant on introduit, de haut en bas, un gros drain à travers l'orifice vaginal (fig. 251).

8^e temps: Suture de la paroi abdominale, avec ou sans drainage. Tamponnement du vagin.

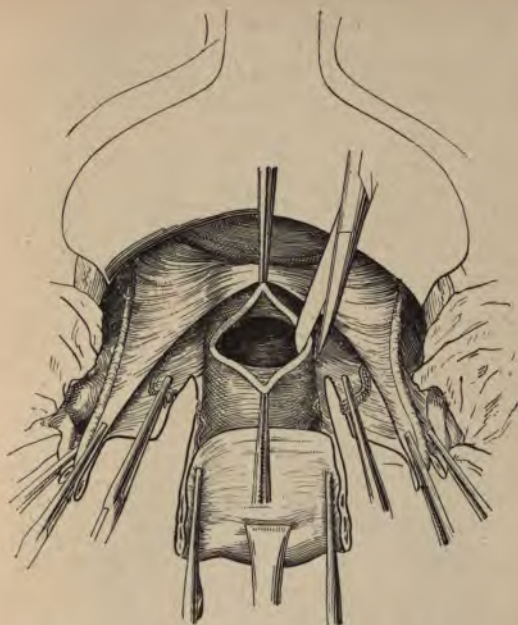


Fig. 230. — Hystérectomie abdominale totale. Ouverture du vagin au niveau de sa paroi antérieure.

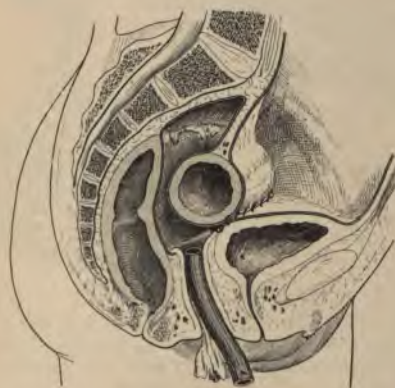


Fig. 231. — Drainage vaginal. Reconstitution du dôme péritonéal. (D'après Gosset.)

II. Procédé américain modifié (Segond).

Segond a montré que le procédé américain peut être transformé en hystérectomie totale, en conservant tous ses avantages.

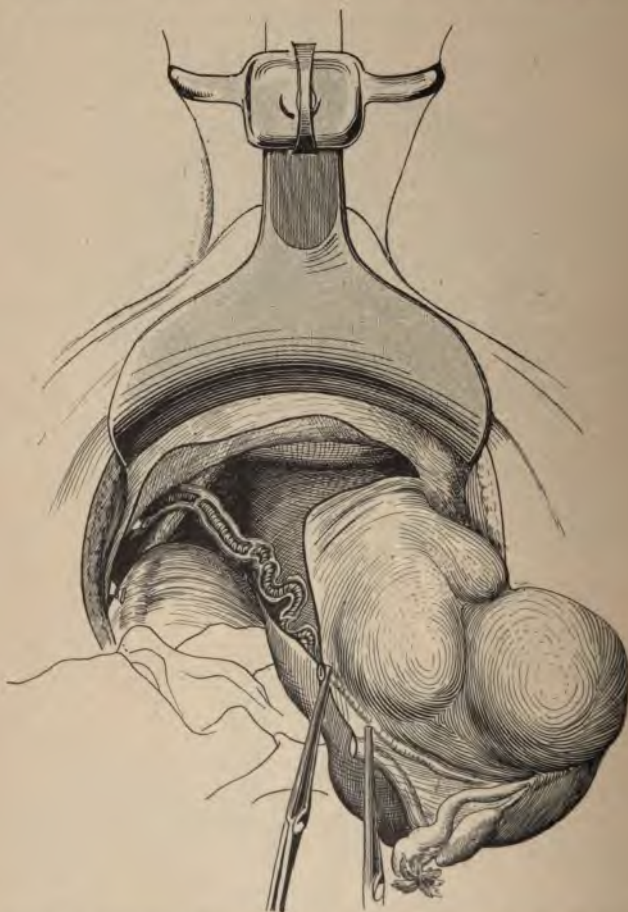


Fig. 252. — Hystérectomie abdominale totale. Méthode américaine modifiée. Procédé de Segond. Section du ligament large gauche. Mise à nu de l'utérine gauche. (D'après Segond.)

Les premiers temps (fig. 252), jusques et y compris la liga-

ture de l'utérine gauche, sont les mêmes que dans l'hystérectomie supra-vaginale.

Puis, au lieu de trancher le col, on poursuit le décollement des parties molles, au-dessous de l'artère, au ras de l'utérus;

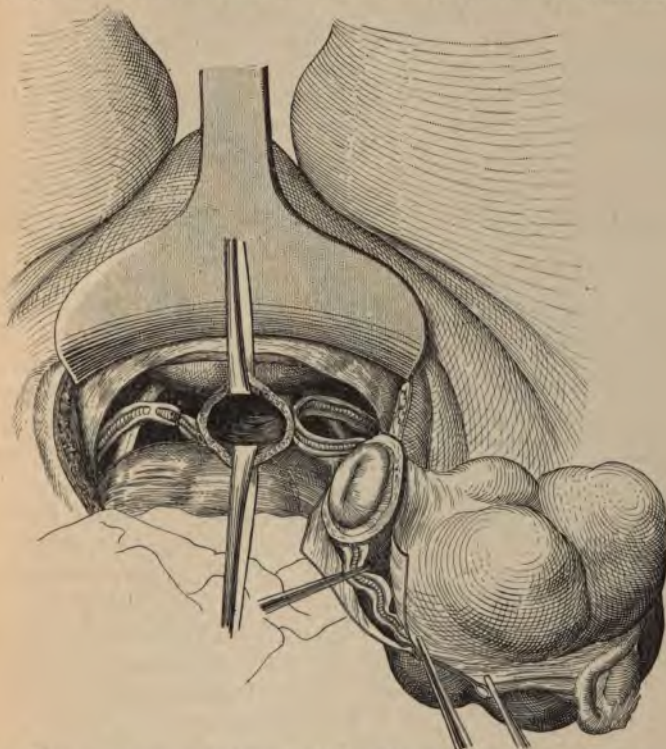


Fig. 255. — Hystérectomie abdominale totale. Méthode américaine modifiée. Procédé de Segond. Bascule de l'utérus après ouverture du vagin. Mise à nu de l'artère utérine droite. (D'après Segond.)

quelques coups de ciseaux ont vite fait d'ouvrir le vagin.

Par la brèche vaginale on introduit une pince à griffes qui va saisir le col et on l'amène à soi; on achève de désinsérer le vagin avec les ciseaux. Puis on bascule l'utérus à droite (fig. 255) et l'on termine comme dans l'hystérectomie supra-vaginale.

L'utérus enlevé, le chirurgien peut, à son choix, fermer le vagin par une suture ou le laisser ouvert et s'en servir pour drainer. (V. Procédé ordinaire.)

III. Hystérectomie abdominale par hémisection utérine (Procédé de J.-L. Faure).

1^{er} et 2^e temps : Incision de la paroi abdominale et libération de l'utérus, comme dans le procédé ordinaire.

5^e temps : Hémisection utérine. — « On saisit le fond de l'utérus avec deux bonnes pinces à griffes placées de chaque côté de la ligne médiane, et on attire le plus possible l'utérus vers le haut.

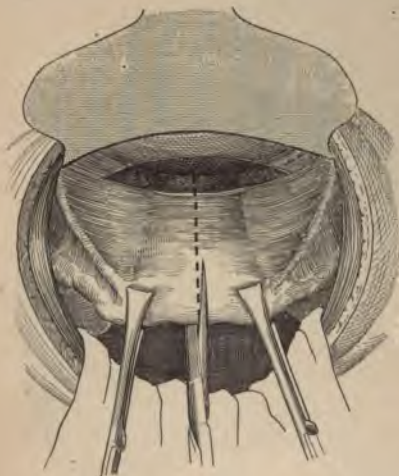


Fig. 251. — Hystérectomie abdominale totale par hémisection. Procédé de J.-L. Faure. Le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin est incisé transversalement et la vessie refoulée. Commencement de l'hémisection. (D'après J.-L. Faure.)

« D'un coup de ciseaux, on incise alors le péritoine au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin et on refoule la vessie aussi bas que possible de façon à arriver approximativement au-dessous du col utérin.

« Avec de forts ciseaux droits on sectionne alors l'utérus sur la ligne médiane (fig. 254) de haut en bas, du fond vers le col. Si l'on a soin de se guider sur la cavité utérine, on arrive en quelques coups de ci-

seaux jusque dans le vagin qui se trouve ouvert ⁽¹⁾ en avant et en arrière sur la ligne médiane.

(1) Le procédé de J.-L. Faure permet également de faire l'opération *subtotale*. « L'opération s'exécute exactement comme dans l'ablation totale, avec cette différence qu'il est inutile de sectionner dans un premier temps le cul-de-sac vésico-utérin. Arrivé au-dessus du col, au niveau de l'isthme, on tranche chaque moitié

« Dès le début de l'hémisection, dès le premier coup de ciseaux qui coupe l'utérus sur une hauteur de 15 à 20 millimètres, j'ouvre à peine le fond de la cavité utérine. J'y introduis alors mon thermocautère⁽¹⁾ que j'insinue dans les cornes utérines et que j'enfonce tout entier dans la cavité, jusqu'au niveau du col, en frottant énergiquement et à plusieurs reprises sur toute sa hauteur la muqueuse utérine. La muqueuse est ainsi complètement détruite au fer rouge, sur toute son étendue, dans toute son épaisseur, et il est évident que la cavité utérine se trouve dès lors stérilisée et aussi aseptique que peut l'être un organe quelconque. »

4^e temps : *Extirpation de la moitié droite de l'utérus et des annexes droites.* — « L'utérus se trouve donc divisé en deux moitiés sur toute sa hauteur, y compris le col dont on aperçoit en général les deux moignons (fig. 255) avec la plus grande netteté.

« Une bonne pince à griffes vient alors saisir la moitié cervicale droite et l'attire vers le haut. Sous l'influence de cette traction qu'il ne faut pas craindre de faire énergique, la moitié droite du vagin qui s'insère sur le col se tend. En

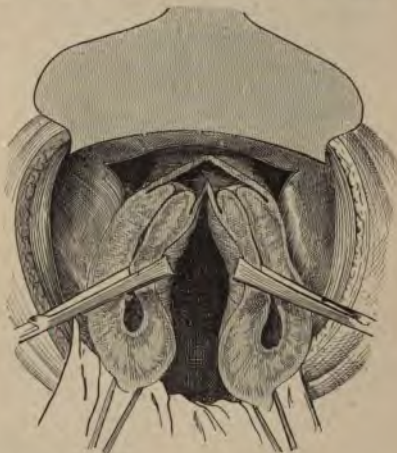


Fig. 255. — Hystérectomie abdominale totale par hémisection. Procédé de J.-L. Faure. L'utérus est divisé en deux moitiés. Le vagin est ouvert au niveau de ses culs-de-sac antérieur et postérieur. (D'après J.-L. Faure.)

utérine d'un coup de ciseaux donné transversalement de la cavité vers le bord. Rien n'est plus simple alors que de renverser le moignon utérin ainsi séparé du col et de profiter de l'espace qu'il laisse libre pour décortiquer les annexes correspondantes en les abordant par-dessous. » Cette hystérectomie subtotalaire par hémisection se rapproche absolument de celle que Kelly a imaginée quelques années après son premier procédé dit *procédé américain*, sans avoir encore connaissance de la technique de J.-L. Faure à qui appartient la priorité.

(1) On peut employer, dans ce but, le couteau ordinaire du thermocautère ; Faure se sert d'une lame spéciale longue de 8 ou 10 centimètres, et épaisse de 5 ou 6 millimètres.

utéro-ovarien qu'on tranche d'un seul coup de ciseaux. »

5^e temps : Extirpation de la moitié gauche de l'utérus et des annexes gauches. — Elle se pratique (fig. 237) de la même façon qu'à droite.

Quand l'ablation de l'utérus et des annexes est terminée, on remplace par des ligatures les pinces qui ont été mises, au fur et à mesure de l'opération, sur l'utérine, l'utéro-ovarienne et le ligament rond.

6^e, 7^e et 8^e temps : Traitement du vagin. — Péritonisation. — *Suture de la paroi abdominale*, comme dans le procédé ordinaire.

IV. Hystérectomie abdominale par décortication sous-péritonéale sans hémostase préalable (Procédé de Doyen).

Ce procédé, qui n'est guère applicable qu'aux fibromes et qui est d'une exécution très rapide, est toujours une hystérectomie totale ; il se caractérise parce qu'on enlève l'utérus sans placer une pince, ni une ligature, ne s'occupant de l'hémostase qu'une fois l'ablation terminée.

1^{er} et 2^e temps : Incision de la paroi abdominale et libération de l'utérus. — Comme dans le procédé ordinaire. Il est indispensable de dégager complètement le cul-de-sac de Douglas.

5^e temps : Ouverture du cul-de-sac postérieur. — L'utérus, luxé hors du ventre, est renversé en avant sur le pubis ; le Douglas est largement exposé.

Un aide introduit dans le vagin une longue pince courbe et la pousse à fond dans le cul-de-sac postérieur. Sur la saillie de cette pince, le chirurgien incise le vagin et l'instrument, vigoureusement poussé, pénètre dans le ventre.

Par la brèche vaginale qu'il vient de faire, le chirurgien va

saisir le col au moyen d'une forte pince à griffes ou de la pince



Fig. 258. — Hystérectomie abdominale totale. Procédé de Doyen. Perforation du cul-de-sac vaginal postérieur. Prise du col. (Doyen.)

à érigine glissante de Doyen, construite dans ce but spécial, et il attire le col dans le ventre (fig. 258).

Le temps : Section circulaire du vagin et décollement de la vessie. — « L'index gauche sent les attaches latérales qui bride(nt) étroitement le col. Un coup de ciseaux les divise de chaque côté, au contact du tissu utérin. Aussitôt le col s'élève sous les tractions de la pince (fig. 259) qui l'attire vigoureusement en haut.

« Le cul-de-sac vaginal antérieur devient alors visible; il est, à son tour, sectionné au contact du col.

Celui-ci étant toujours attiré énergiquement en arrière et en haut, l'index droit décolle de bas en haut la vessie et les uretères en avant et, sur le côté, les tractus cellulo-fibreux de

la base des ligaments larges. Le col est dès lors entière-



Fig. 259. — Hystérectomie abdominale totale, Procédé de Doyen. Incision du cul-de-sac vaginal antérieur et élévation du col qui se détache de la vessie. (Doyen.)

ment détaché et l'utérus ne tient plus que par les ligaments larges. »

5^e temps : Section des ligaments larges. — « A droite d'abord, l'index gauche perfore le péritoine vésico-utérin, glisse en se recourbant en crochet sous le ligament large, le décolle et le confie à l'aide qui le saisit entre le pouce et l'index. Il est aussitôt coupé au ras de l'utérus. Ce dernier est alors rapidement basculé vers la gauche (fig. 260). Il se dépouille, en se dévidant en quelque sorte, de son enveloppe séreuse antérieure (qui sera

coupée, si elle résiste), puis de ses connexions avec le ligament gauche. Il n'adhère bientôt plus qu'au bord supérieur de celui-ci. Un coup de ciseaux tranche cette dernière attache, que



Fig. 260. — Hystérectomie abdominale totale. Procédé de Doyen. Le ligament large droit est détaché de l'utérus. Bascule de la tumeur vers la gauche. (Doyen.)

le chirurgien saisit entre les doigts avant de la sectionner ou aussitôt après. »

6^e temps : Hémostase. — Les vaisseaux qui saignent sont pincés, puis liés.

7^e, 8^e et 9^e temps : Traitement du vagin. — Péritonisation. — Suture de la paroi abdominale. — Comme dans le procédé ordinaire ; Doyen fait la péritonisation par une suture en bourse du péritoine (fig. 261) au-dessus de la suture vaginale.

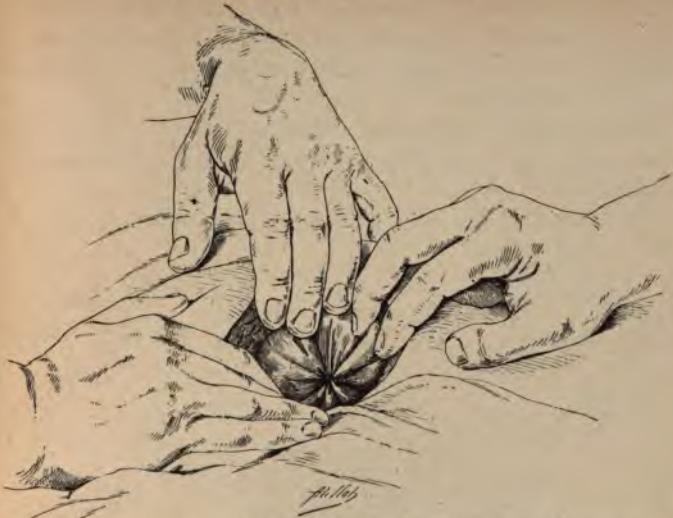


Fig. 261. — Hystérectomie abdominale totale. Procédé de Doyen. Fermeture en ombilic, par une suture en bourse, de la plaie péritonéo-vaginale. (Doyen.)

V. Hystérectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus.

L'hystérectomie abdominale pour cancer ne comprenait au début que l'extirpation de l'utérus seul (opération de Freund). On la compléta successivement par l'ablation des annexes (Schroeder), du paramètre (Mackenrodt), l'enlèvement des ganglions suspects (Rumpf, Kelly), l'évidement méthodique du bassin (Ries), le grand évidement lombo-ilio-pelvien (Jonnesco). Ces opérations complexes sont encore trop discutées pour que j'aie à les décrire ici. Les seuls détails techniques, qu'on puisse signaler dans un *Précis*, sont ceux qui permettent de faire l'hystérectomie très large, *plus que totale*, telle que la font beaucoup d'opérateurs.

Une telle manière de faire inspirée des méthodes de Peiser, de Wertheim, de Bumm et des premiers temps de l'opération de Jonnesco se caractérise par trois points qui la distinguent de la simple hystérectomie pour fibromes. Ce sont :

a) La ligature des utérines à leur naissance après dissection préalable ou même la ligature du tronc antérieur de l'hypogastrique (Polk). Ce temps entraîne naturellement la reconnaissance et l'isolement de l'uretère.

b) La ligature des vaisseaux utéro-ovariens à la partie la plus externe des ligaments larges, permettant la large exérèse du paramètre.

c) L'isolement du vagin dans une grande étendue, suivi de



Fig. 262. — Schéma montrant les points où s'exécutent la section du ligament infundibulo-pelvien, du ligament rond, de l'artère utérine et du vagin dans l'hystérectomie pour cancer. (Kelly.)

sa section entre deux clamps de façon à enlever le cancer en sac clos et à éviter toute inoculation au cours de l'opération.

Un schéma emprunté à Kelly (fig. 262) montre comment l'extirpation doit se faire dans ces conditions.

1^{er} et 2^e temps : Incision de la paroi abdominale et libération de l'utérus et des annexes. — Comme précédemment.

3^e temps : Hémostase et section des ligaments infundibulo-pelviens et des ligaments ronds. — La paroi abdominale ayant été incisée et le fond de l'utérus saisi avec une pince de Museux, on saisit les annexes d'un côté et l'on tend le ligament infundibulo-pelvien. Soit qu'on le saisisse entre deux pinces, soit qu'on pose tout de suite une ligature (Jonnescio), la section doit porter très haut, le plus près possible des flancs du bassin de façon à laisser la totalité du ligament large adhérent à l'utérus.

On incise alors le ligament large jusqu'au ligament rond et on sectionne celui-ci près de l'orifice interne du canal inguinal, aussi loin que possible de l'utérus.

4^e temps : Dissection des uretères. Ligature des utérines à leur origine. — On procède alors à la recherche et à l'isolement de l'uretère. On commence par le reconnaître à la partie postérieure de l'incision péritonéale puis on le suit d'arrière en

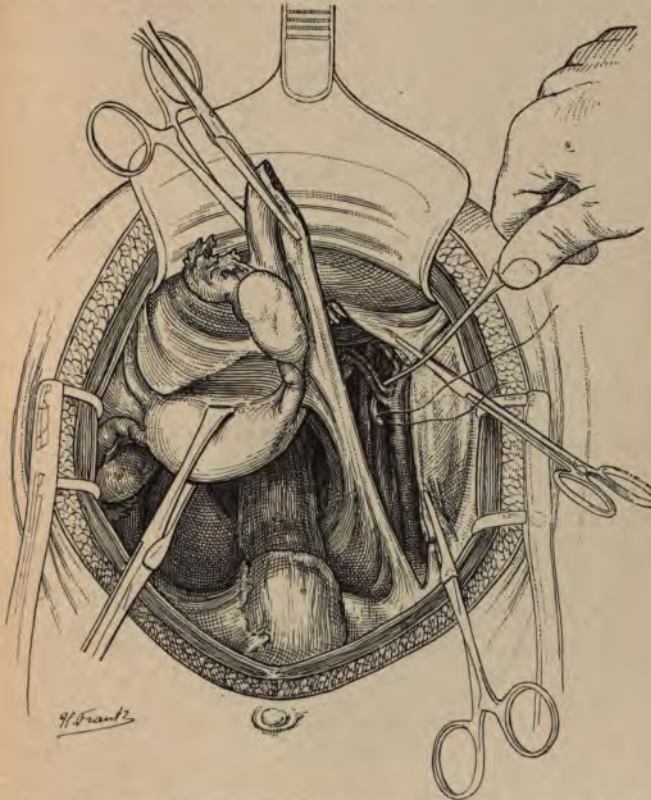


Fig. 265. — Hystérectomie totale pour cancer. Ligature de l'artère utérine à son origine après isolement de l'uretère.

avant mais sans le disséquer de trop près, de façon à éviter son sphacèle ultérieur. Les difficultés commencent sur les côtés du col de l'utérus. Sans même qu'il y ait encore d'envahissement néoplasique vrai, la base du ligament large, épaissie par inflammation chronique, peut constituer une gangue résistante dans laquelle il faut sculpter l'uretère sans blesser l'artère utérine

(Jonnesco). Lorsque le ligament large est tout à fait normal l'artère et l'uretère sont faciles à séparer. Après avoir effectué cette séparation on continue d'isoler l'artère utérine jusqu'à son origine. On pose alors une ligature à ce niveau (fig. 265).

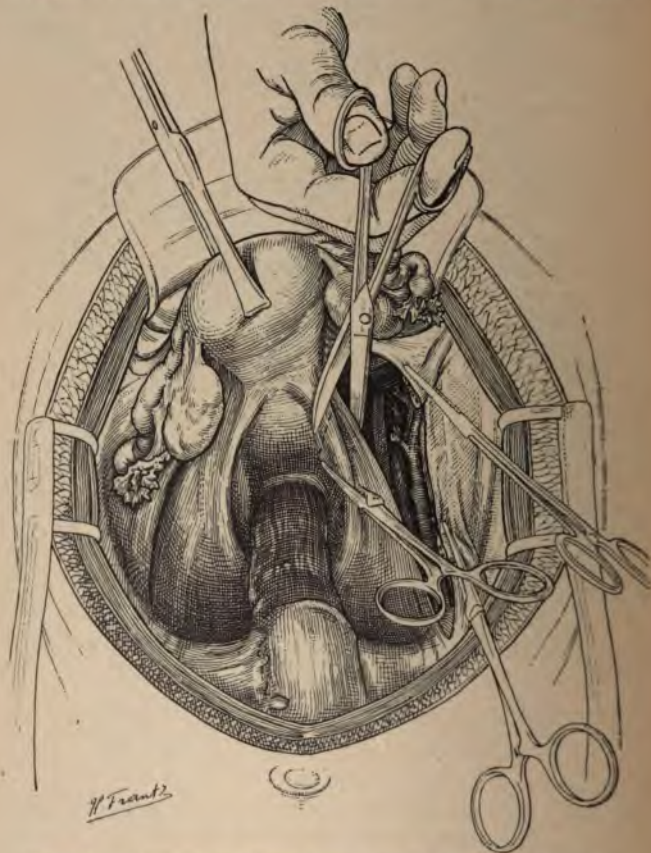


Fig. 264. — Hystérectomie totale pour cancer. Section du ligament utéro-sacré droit.

ou bien encore sur le tronc de bifurcation antérieure (Polk) de l'hypogastrique ou sur l'hypogastrique elle-même.

5^e temps : Incision du cul-de-sac péritonéal antérieur. Découlement vésico-vaginal. — Le pont péritonéal qui devant l'utérus

unit les feuillets antérieurs des ligaments larges est incisé. Puis on décolle la vessie de l'utérus d'abord, de la paroi vaginale antérieure ensuite. Il faut poursuivre ce décollement suffisamment loin pour pouvoir plus tard placer facilement un

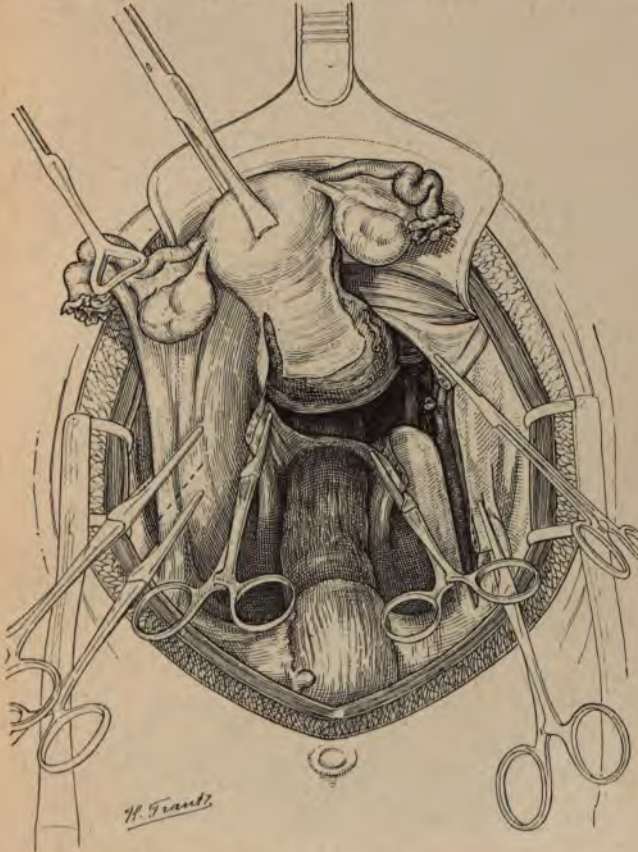


Fig. 263. — Hystérectomie totale pour cancer. Décollement recto-vaginal.

clamp courbe dépassant largement les limites inférieures du cancer; mais, pense Jonnesco, il n'y a pas intérêt à le prolonger inutilement « parce qu'un décollement trop étendu des deux organes peut amener le sphacèle tardif de la paroi inférieure de la vessie. »

6^e temps : Section des ligaments utéro-sacrés. Incision du cul-de-sac de Douglas. Décollement recto-vaginal. Amputation du vagin. — L'utérus, maintenant mobilisable, est attiré en haut et en avant et basculé sur le pubis. On sectionne alors le ligament

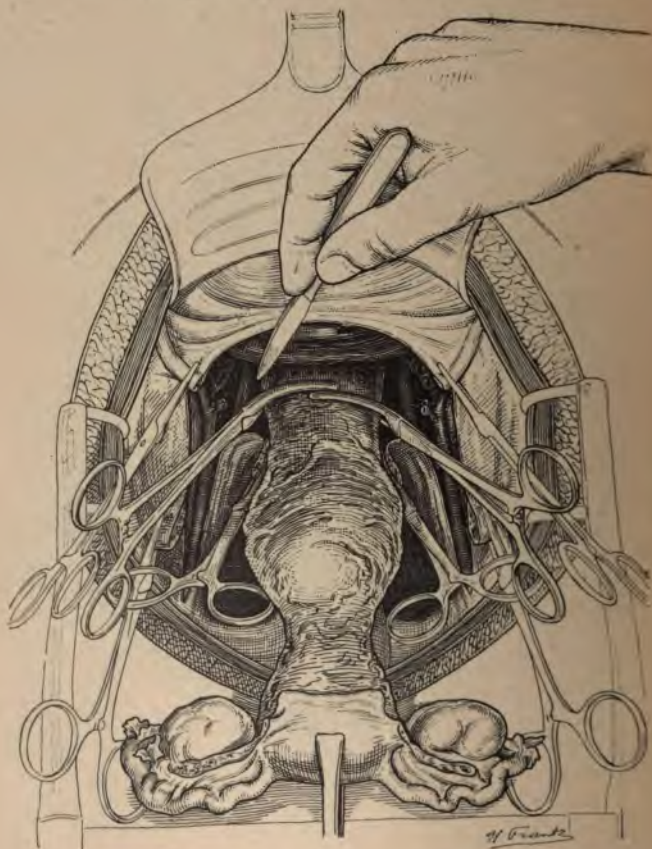


Fig. 266. — Hystérectomie totale pour cancer. Section du vagin.

utéro-sacré droit (fig. 264), puis celui du côté gauche et immédiatement l'ascension utérine s'accroît notablement. On réunit ces deux incisions péritonéales latérales en sectionnant le péritoine du Douglas (fig. 265) aussi bas que possible et l'on sectionne le ligament large gauche si cette manœuvre n'a pas en-

te. Avant d'ouvrir le vagin on dédouble la cloison
 nale aussi profondément qu'on a dédoublé en avant la
 usico-vaginale. On libère également le vagin sur les

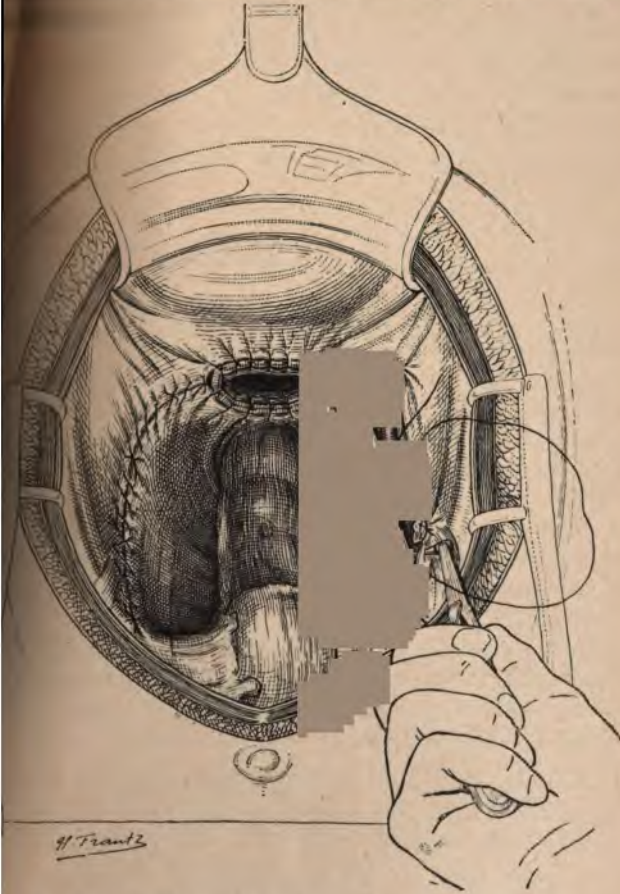


Fig. 267. — Hystérectomie totale pour cancer. Péritonisation.

« en séparant ses bords des flancs pelviens et cela en
 ent du côté du vagin le plus de tissu cellulaire possible »
 resco).

et isolement est terminé et qu'on estime avoir large-
 é les limites du cancer, le vagin est saisi au moyen

de clamps courbes et sectionné (fig. 266). Une fois la section achevée on enlève à la fois l'utérus et le vagin fermé par la pince supérieure, évitant ainsi toute possibilité d'inoculation⁽¹⁾. Le petit bassin étant bien protégé par un lit de compresses, on remplace par des ligatures les pinces mises sur les vaisseaux, on enlève la pince vaginale inférieure, on draine largement par le vagin et le péritoine est reconstitué par-dessus la plaie opératoire suivant le mode classique de péritonisation (fig. 267) et au besoin de la suture de l'S iliaque au péritoine vésical.

OPÉRATION CÉSARIENNE

Sous le nom d'opération césarienne on décrit une hystérotomie abdominale destinée à permettre l'extraction du fœtus dans les cas où son extraction par les voies naturelles est impossible. Exécutée tout d'abord immédiatement après la mort de la mère pour tâcher de sauver l'enfant, elle est devenue aujourd'hui une opération réglée qui dans nombre de cas assure la vie de la mère et celle de l'enfant. Dans certaines circonstances, en présence de phénomènes infectieux, de lésions de l'utérus, ou pour éviter une grossesse ultérieure on fait suivre cette extraction d'une hystérectomie partielle (opération de Porro) ou totale.

Sans vouloir ni pouvoir entrer ici dans le détail de ces opérations pour l'étude desquelles je renvoie aux traités d'obstétrique, je me contenterai d'indiquer en deux mots la technique la plus souvent employée.

Opération césarienne. — L'opération césarienne proprement dite consiste à l'heure actuelle en une hystérotomie pure et simple suivie de suture totale. C'est une opération *conservatrice*, bonne pour les cas aseptiques. Ribemont-Dessaignes et

(1) Après l'ablation de l'utérus, Jonnesco pratique l'évidement lombo-ilio-pelvien. Cet évidement, basé sur les notions anatomiques les plus récentes (voir les recherches de Poirier, Cunéo et Marcille) comporte cinq temps qui sont :

1° La dissection des vaisseaux iliaques externes, du nerf obturateur, de l'artère ombilicale et de la fosse obturatrice ;

2° La dissection des vaisseaux hypogastriques ;

3° L'évidement de la fosse sacro-rectale ;

4° La dissection des vaisseaux iliaques primitifs, de l'aorte et de la veine cave ;

5° Le curage de la fosse lombo-sacrée, si bien décrite par Marcille.

Lepage, à qui nous empruntons la plupart des détails qui suivent, lui décrivent six temps.

1^{er} temps : Incision de la paroi abdominale. — L'incision de la paroi abdominale se pratique comme dans toute laparotomie; elle doit présenter un minimum de 17 centimètres de longueur (Budin) pour laisser passer la tête du fœtus (55 centimètres de circonférence) et s'arrêter à 5 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne.

Cette incision est suffisante lorsqu'on pratique la césarienne en laissant l'utérus *in situ*. Lorsque, suivant la pratique de Müller, on bascule l'utérus hors de l'abdomen avant de l'inciser, ce qui permet une meilleure protection du champ opératoire, il faut une incision bien plus étendue.

Le péritoine est ouvert suivant la technique habituelle et les lèvres de l'incision sereuse sont repérées avec des pinces. L'utérus apparaît immédiatement. On reconnaît sa situation, et on corrige la légère déviation latérale qu'il présente souvent de façon à l'orienter suivant l'axe de l'incision abdominale. Le ventre est soigneusement garni de compresses et le champ opératoire bien circonscrit.

2^e temps : Incision de la paroi abdominale. — En se tenant exactement sur la ligne médiane on fait au bistouri une petite boutonnière à la paroi antérieure de l'utérus, au niveau de l'extrémité inférieure de l'incision abdominale (cinq centimètres au-dessus de la symphyse pubienne), respectant ainsi le segment inférieur. Le revêtement péritonéal et les couches musculaires superficielles sont incisées; les fibres profondes sont dissociées au doigt. On s'arme alors des ciseaux et, se guidant sur le doigt ainsi introduit, on sectionne la paroi utérine dans une étendue d'au moins 16 centimètres. Lorsque le placenta s'insère au niveau de la face antérieure, le doigt introduit dans l'utérus sent les cotylédons; il doit les traverser franchement et l'incision comprend alors la paroi utérine et le placenta, ce qui n'a pas d'inconvénient si l'on a soin de terminer rapidement.

3^e temps : Extraction du fœtus. — Dès que l'œuf est largement ouvert on va habituellement à la recherche d'un ou des deux pieds et l'on procède à une extraction par le siège. Si la

tête dernière est retenue au niveau de la boutonnière utérine on procède à la manœuvre de Mauriceau. Avec une ouverture suffisamment large on n'a pas de difficultés. Le cordon ombilical est lié et sectionné.



Fig. 268. — Opération césarienne. Décollement du placenta et des membranes.

4^e temps : Extraction de l'arrière-faix. — Après l'extraction de l'enfant l'utérus revient sur lui-même. Il est attiré hors du ventre et soigneusement bordé de compresses. D'ordinaire le placenta apparaît sous l'influence de la contraction utérine, qui le décolle. S'il ne se décollait pas on procéderait à ce décollement avec la main (fig. 268).

5^e temps : *Suture de l'utérus*. — L'hémorragie plus ou moins abondante jusqu'à ce que l'utérus soit revenu sur lui-même provient de la tranche utérine ou du décollement placentaire. Pour la modérer on a proposé de faire la compression de l'utérus le

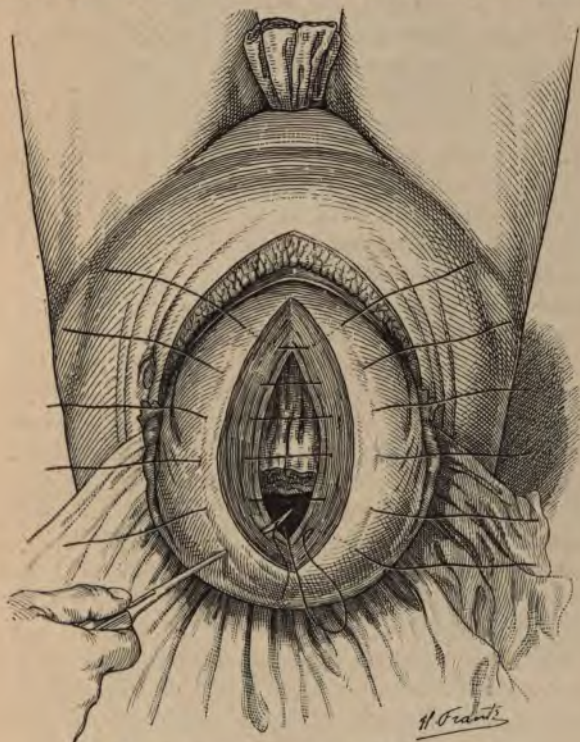


Fig. 269. — Opération césarienne. Suture de l'utérus.

plus bas possible soit à la main, soit avec un lien de caoutchouc ou une bande. En fait, la suture bien pratiquée est le meilleur des hémostatiques. Elle comporte sept à huit points profonds (fig. 269) espacés de deux en deux centimètres, intéressant toute la paroi utérine (sauf la muqueuse qu'il est préférable de ne pas charger), et de points superficiels mis dans l'intervalle pour assurer un exact affrontement. Un tamponnement à la gaze est laissé dans l'utérus. L'extrémité des mèches sort par le vagin.

6^e temps : Suture de la parolaparotomie. On la fait habituellement sans drainage, l'opération n'est pas infectée.

Opération de Porro. — On désigne sous le nom d'opération de Porro une extraction abdominale du fœtus suivie de l'extirpation de la plus grande partie de l'utérus, et des annexes, suivant la technique ancienne de l'hystérectomie avec pédicule externe. Cette intervention, aux temps d'une aseptie douteuse, présentait, grâce à sa simplicité et à sa rapidité, d'immenses avantages sur la plupart des autres méthodes. Aujourd'hui il convient de lui opposer et de lui préférer souvent, quand l'extirpation de l'utérus est nécessaire, les méthodes modernes d'hystérectomie totale ou subtotale.

Les premiers temps de l'opération de Porro s'exécutent comme ceux de la césarienne. Il faut pratiquer une incision abdominale très longue pour pouvoir opérer hors du ventre. Dès que le fœtus est extrait on soulève le plus possible l'utérus sans toucher au placenta. On applique très près du col un tube de caoutchouc auquel on fait faire deux tours qu'on serre progressivement et vigoureusement. On croise en avant les deux chefs du lien élastique et on les arrête avec une pince. Une ou deux broches transfixent l'utérus au-dessus du lien élastique. L'utérus est amputé avec les annexes et le moignon extériorisé est fixé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Budin et Bonnaire ont signalé les perfectionnements introduits par Litzmann et Chobrak, qui permettent le traitement intrapéritonéal du moignon utérin restant, et il est probable que d'ici quelques années la technique de l'hystérectomie subtotale sera appliquée à l'opération de Porro. Déjà Segond a fait suivre avec succès l'opération césarienne d'une hystérectomie totale selon le procédé américain modifié.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

CHIRURGIE DE LA VULVE, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE

CHAPITRE PREMIER. — Périnéorraphies et colpoperinéorraphies . .	1
Méthodes opératoires générales	2
I. Périnéorraphies dans les ruptures incomplètes du périnée et le prolapsus génital	3
A. Méthode de l'avivement	3
B. Méthode du dédoublement	11
C. Myorraphie des releveurs de l'anus	17
II. Périnéorraphies dans les ruptures complètes du périnée. . .	20
A. Méthode de l'avivement	20
B. Méthode du dédoublement. (Procédé de Lawson Tait modifié par Pozzi.)	25
III. Colporraphies antérieures.	28
CHAPITRE II. — Traitement opératoire des fistules vésico-géni- tales.	34
I. Traitement des fistules vésico-vaginales.	34
A. Voie vaginale.	35
B. Voie sus-pubienne	43
I. Voie transvésicale.	43
II. Voie transpéritonéale.	45
C. Voie ischio-rectale	49
D. Fermeture indirecte de la fistule vésico-vaginale : Colpo- cleisis	52
II. Traitement des fistules vésico-utérines	54
A. Traitement des fistules juxta-cervicales.	54
B. Traitement des fistules intra-cervicales	56

CHAPITRE III. — Traitement opératoire des fistules recto-vaginales	58
A. Voie vaginale	59
B. Voie périnéale	66
C. Voie mixte, vagino-périnéale. (Procédé de Legueu.)	72
D. Traitement opératoire des fistules recto-périnéales.	74

DEUXIÈME PARTIE

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES : VOIE VAGINALE

CHAPITRE I. — Curettage de l'utérus et colpotomie postérieure.	77
I. Curettage de l'utérus	77
Préparation de la malade	78
Technique opératoire	79
II. Colpotomie postérieure.	81
Technique opératoire.	82
CHAPITRE II. — Chirurgie du col de l'utérus.	87
I. Trachélorraphie.	87
II. Stomatoplasties.	88
A. Évidement commissural du col (opération de Pozzi)	89
B. Opération de Dudley	91
III. Amputations intravaginales du col	94
A. Procédé de Schröder. (Amputation partielle à un seul lambeau.)	94
B. Procédé de Simon-Marckwald. (Amputation partielle cunéiforme à deux lambeaux.)	99
IV. Amputation supravaginale du col	101
CHAPITRE III. — Opérations vaginales dans le traitement des déviations utérines	105
I. Cunéo-hystérectomie vaginale antérieure	105
II. Redressement vaginal de l'utérus (procédé de Doyen).	107
III. Hystéropexie vaginale	110
Procédé de Le Dentu et Pichevin	110
CHAPITRE IV. — Opérations vaginales conservatrices dans le traitement des fibromes utérins.	115
I. Ablation des polypes fibreux à évolution vaginale (polypectomie vaginale)	115
II. Myomectomies vaginales.	117
A. Énucléation des fibromes par hystérectomie cervico-vaginale uni- ou bilatérale (procédé de P. Segond).	117
B. Énucléation des fibromes par hystérotomie vaginale médiane antérieure (procédé de Doyen)	122

TABLE DES MATIÈRES.

275

CHAPITRE V. — L'hystérectomie vaginale	126
I. Technique générale	126
A. Procédé de Doyen (hystérectomie vaginale par hémisection médiane antérieure).	129
B. Hystérectomie vaginale suivie de ligatures	136
C. Procédé de Muller-Quénu (hystérectomie vaginale par hémisection totale).	140
II. Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes	142
III. Hystérectomie vaginale pour fibromes	145
IV. Hystérectomie vaginale pour cancer utérin	147
V. Colpo-hystérectomie pour cancer	148
VI. Hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin	154
VII. Colpectomie totale pour prolapsus de l'utérus	162
CHAPITRE VI. — Traitement opératoire de l'inversion utérine	164
Colpo-hystérotomie postérieure (procédé de Duret)	165
Opération césarienne vaginale (opération de Dührssen)	170

TROISIÈME PARTIE

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES :
VOIE ABDOMINALE

CHAPITRE I. — Technique générale de la laparotomie pour lésions utéro-annexielles	171
CHAPITRE II. — Ablation des annexes	195
I. Ablation des kystes de l'ovaire	195
II. Ablation des salpingites	200
Laparotomie dans les autres affections annexielles	205
CHAPITRE III. — Opérations conservatrices sur les annexes	205
A. Ignipuncture de l'ovaire	205
B. Résection partielle de l'ovaire	206
C. Salpingorraphie	206
D. Salpingostomie	206
E. Salpingoplastie	207
CHAPITRE IV. — Opérations abdominales dans le traitement des déviations utérines	208
I. Opérations s'adressant à l'utérus lui-même	208
A. Hystéropexie abdominale	208
B. Cunéo-hystérectomie antérieure	211
II. Opérations qui s'adressent aux ligaments ronds	212
A. Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds (opération d'Alquié-Alexander)	212

B. Raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds. . .	213
1. Plicature	213
2. Fixation à la paroi abdominale.	216
3. Fixation rétro-utérine	218
CHAPITRE V. — Opérations abdominales conservatrices dans le traitement des fibromes utérins.	220
I. Polypectomie abdominale.	220
II. Énucléation abdominale des fibromes interstitiels	222
CHAPITRE VI. — L'hystérectomie abdominale	225
A. Hystérectomie subtotale.	228
I. Ablation simultanée de l'utérus et des annexes.	229
II. Hystérectomie subtotale par ablation première de l'utérus (procédé de Terrier)	251
III. Procédé américain	244
IV. Hystérectomie par décollation (procédé de J.-L. Faure)	248
B. Hystérectomie totale	244
I. Procédé courant.	244
II. Procédé américain modifié (Segond)	251
III. Hystérectomie par hémisection (procédé de J.-L. Faure).	251
IV. Hystérectomie par décortication sous-péritonéale sans hémostase préalable (procédé de Doyen)	251
V. Hystérectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus.	251
Opération césarienne.	26

62611. — PARIS, IMPRIMERIE LAHURE
9, rue de Fleurus, 9.

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS — VI^e ARR.

N^o 571.

Septembre 1908.

RÉCENTES PUBLICATIONS MÉDICALES¹

Pratique Médico-Chirurgicale

MÉDECINE ET CHIRURGIE GÉNÉRALES ET SPÉCIALES
OBSTÉTRIQUE, PUÉRICULTURE, HYGIÈNE
MÉDECINE LÉGALE, ACCIDENTS DU TRAVAIL, PSYCHIATRIE
CHIMIE ET BACTÉRIOLOGIE CLINIQUES, ETC.

Directeurs :

E. BRISSAUD, A. PINARD, P. RECLUS

Secrétaire Général : **HENRY MEIGE**

Collaborateurs :

ALLARD, BACH, BAUER, BAUMGARTNER, BOIX, BONNIER
BOUFFE DE ST-BLAISE, BOURGES, BRÉCY, CARRION, CHEVASSU, CHEVRIER
CLERC, COUVELAIRE, CROUZON, DOPFER, DUVAL, ENRIQUEZ
FAURE, FEINDEL, FIEUX, FORGUE, FRUHINSHOLZ, GOSSET, R. GRÉGOIRE
GRENET, HALLION, HERBET, JEANBRAU, KENDIRODZY, LABEY, LAPOINTE
LARDENNOIS, LAUNAY, LECÈNE, LENORMANT, LEPAGE
LEREBoullet, LONDE, DE MASSARY, H. MEIGE, MORAX, MOUTIER, OUI
PARISSET, PÉCHIN, PIQUAND, POTOCKI, RATHERY, SAUVEZ
SAVARIAUD, SCHWARTZ, SÉE, SICARD, SOUQUES, TOLLEMER, TRÉMOLIÈRES
TRENEL, VEAU, WALICH, WIART, WURTZ

*Six volumes in-8°, formant ensemble 5.700 pages, illustrés de
1.231 figures, demi-reliure amateur, tête dorée.*

Prix de l'ouvrage complet. . . 110 francs

(1) Sur demande, la Librairie Masson et C^{ie} envoie gratuitement les catalogues suivants. — Catalogue général. — Catalogues de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire. — I. l'Ingénieur. — II. le Biologiste.

Les livres de plus de 5 francs sont expédiés franco au prix du Catalogue.
Les volumes de 5 francs et au-dessous sont augmentés de 10% pour le port.
Toute commande doit être accompagnée de son montant.

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX

Cette nouvelle collection s'adresse aux étudiants, pour la préparation aux examens, et à tous les praticiens qui, à côté des grands Traités, ont besoin d'ouvrages concis, mais vraiment scientifiques, qui les tiennent au courant, dans un format maniable, élégamment cartonnés en toile anglaise souple, ces livres sont abondamment illustrés, ainsi qu'il convient à des livres d'enseignement.

Introduction à l'étude de la Médecine	par G.-H. ROGER, professeur à la Faculté de Paris. <i>Quatrième édition, entièrement revue.</i>
Physique Biologique	par G. WEISS, agrégé à la Faculté de Paris, avec 543 figures. 7 fr.
Physiologie	par MAURICE ARTHUS, professeur à l'Université de Lausanne. <i>Troisième édition, avec 286 figures en noir et en couleurs.</i> 10 fr.
Chimie physiologique	par MAURICE ARTHUS. <i>Cinquième édition, avec 109 fig. et 2 planches hors texte.</i> 6 fr.
Dissection	par P. POIRIER, professeur, et AMÉDÉE BAUMGARTNER, professeur à la Faculté de Paris, avec 160 figures. 6 fr.
Microbiologie clinique	par F. BEZANÇON, agrégé à la Faculté de Paris, avec 82 fig. 6 fr.
Examens de Laboratoire	<i>employés en clinique</i> , par L. BARD, professeur à l'Université de Genève, avec la collaboration de MM. G. MALLET et H. HUMBERT, avec 138 figures en noir et en couleurs. 9 fr.
Diagnostic médical et exploration clinique	par P. SPILLMANN et P. HAUSHALTER, professeurs et L. SPILLMANN, professeur agrégé à l'Université de Nancy, avec 153 figures. 7 fr.
Médecine infantile	par P. NOBÉCOURT, agrégé à la Faculté de Paris, avec 77 figures et 1 planche en couleurs. 9 fr.
Chirurgie infantile	par E. KIRMISSON, professeur à la Faculté de Paris, avec 462 figures. 12 fr.
Médecine légale	par A. LACASSAGNE, professeur à la Faculté de Lyon, avec 139 figures et 2 planches en couleurs. 10 fr.
Ophthalmologie	par le D ^r V. MORAX, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, avec 139 figures et 3 planches en couleurs. 12 fr.
Thérapeutique et Pharmacologie	par A. RICHAUD, agrégé à la Faculté de Paris, avec 139 figures. 12 fr.

Vient de paraître :

QUINZIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

DU

MANUEL

de

Pathologie Interne

PAR

G. DIEULAFOY

4 vol. in-16, avec figures en noir et en couleurs, cartonnés à l'anglaise. 32 fr.

Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris

PAR

G. DIEULAFOY

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de médecine.

Cinquième série, 1905-1906 :

1 volume in-8° avec figures dans le texte et 14 planches hors
texte en noir et en couleurs. 10 fr.

Déjà publiés :

- | | |
|------------------------------------|--------|
| I. — 1896-1897, 1 volume in-8°.. | 10 fr. |
| II. — 1897-1898, 1 volume in-8°.. | 10 fr. |
| III. — 1898-1899, 1 volume in-8°.. | 10 fr. |
| IV. — 1901-1902, 1 volume in-8°.. | 10 fr. |

Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu

Professeur G. DIEULAFOY

CLINIQUE ET LABORATOIRE

CONFÉRENCES DU MERCREDI

PAR MM.

L. NATTAN-LARRIER et O. CROUZON, Chefs de Clinique.
V. GRIFFON et M. LOEPER, Chefs de Laboratoire.

1 vol. in-8° de 330 pages, avec 37 fig. et 2 planches hors texte. 6 f

G.-M. DEBOVE

Doyen de la Faculté de Médecine, Membre de l'Académie de Médecine.

Ch. ACHARD

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.

J. CASTAIGNE

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.

DIRECTEURS

Manuel des **Maladies de l'Appareil circulatoire** **et du Sang**

PAR MM.

Ch. AUBERTIN, L. BRODIER, J. CASTAIGNE, M. COURTOIS-SUFFIT,

Jean FERRAND, André JOUSSET, Marcel LABBÉ

Ch. LAUBRY, M. LOEPER, P. NOBÉCOURT, F. RATHERY

Jules RENAULT, Pierre TEISSIER, H. VAQUEZ.

1 vol. grand in-8° de 844 pages avec figures dans le texte. 14 fr.

Dans ce manuel, on trouvera la description des maladies du cœur faite par MM. les professeurs agrégés Teissier, Vaquez, Nobécourt, etc., élèves du professeur Potain devenus des maîtres à leur tour. Les chapitres consacrés aux œdèmes, aux maladies des artères et des veines, complètent très utilement ce livre où l'on trouvera encore décrites pour la première fois d'une manière didactique certaines affections du sang, en particulier les leucocytoses et les leucémies.

Manuel des **Maladies des Reins** **et des Capsules surrénales**

PAR MM.

J. CASTAIGNE, E. FEUILLIÉ, A. LAVENANT, M. LOEPER

R. OPPENHEIM, F. RATHERY

1 vol. in-8°, avec figures dans le texte. 14 fr.

Ces maladies, qui ont donné lieu à tant de travaux au cours des dernières années, ont été étudiées d'une façon particulièrement documentée tout en restant claire et pratique. Les chapitres consacrés par M. le professeur agrégé Castaigne à la division clinique des néphrites, à l'étude des fonctions rénales, à la tuberculose des reins, à la thérapeutique des néphrites, fourniront aux médecins toute une série de notions pratiques indispensables. De même, l'article consacré par M. le professeur agrégé Loeper et M. le docteur Oppenheim à la pathologie des capsules surrénales met au point toute l'histoire clinique des surrénales, naguère encore si confuse.

G.-M. DEBOVE

Doyen de la Faculté de Médecine, Membre de l'Académie de Médecine.

Ch. ACHARD

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.

J. CASTAIGNE

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.

DIRECTEURS

Manuel

des

Maladies du Tube digestif

TOME I

BOUCHE, PHARYNX, OESOPHAGE, ESTOMAC

PAR

G. PAISSEAU, F. RATHERY, J.-Ch. ROUX

1 vol. grand in-8° de 725 pages avec figures dans le texte . . . **14 fr.**

Cette première partie comprend les maladies de la bouche et du pharynx que M. Pisseau a décrites minutieusement, les affections de l'œsophage que M. Rathery a su présenter d'une façon aussi intéressante que pratique. Enfin l'étude des maladies de l'estomac, par M. J.-Ch. Roux, constitue la partie capitale de ce volume. Les chapitres consacrés à la sémiologie et à l'étude des dyspepsies rendront les plus grands services aux praticiens, ainsi que ceux relatifs aux rapports des maladies nerveuses avec les affections de l'estomac et à la question souvent si complexe des régimes et des médications au cours des dyspepsies.

TOME II

**INTESTIN, PÉRITOINE, GLANDES SALIVAIRES,
PANCRÉAS**

PAR MM.

**M. LOEPER, Ch. ESMONET, X. GOURAUD, L.-G. SIMON, L. BOIDIN
et F. RATHERY**

1 vol. grand in-8° de 810 pages avec 116 figures dans le texte. **14 fr.**

Dans l'article de M. Simon sur les glandes salivaires se trouvent exposées les recherches si intéressantes poursuivies par l'auteur sous la direction du professeur Roger. De même, M. Rathery a su exposer tous les travaux récents qui ont transformé depuis quelques années l'étude clinique des maladies du Pancréas. L'article de M. Boidin est une mise au point de la pathologie du péritoine envisagée surtout au point de vue clinique et thérapeutique. Enfin la plus grande partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude de la pathologie intestinale par M. le professeur agrégé Loeper. Bien que ce livre soit avant tout un manuel de pratique courante, le lecteur trouvera dans cet article l'exposé de toutes les recherches nouvelles.

CHARCOT — BOUCHARD — BRISSAUD

BABINSKI — BALLET — P. BLOCQ — BOIX — BRAULT — CHANTEMESSE — CHARRIN
CHAUFFARD — COURTOIS-SUFFIT — CROUZON — DUTIL — GILBERT — GRENET
GUIGNARD — GEORGES GUILLAIN — L. GUINON — GEORGES GUINON — HALLION — LARI
CH. LAUBRY — LE GENDRE — A. LERI — P. LONDE — MARFAN — MARIE
MATHIEU — H. MEIGE — NETTER — OETTINGER — ANDRÉ PETIT — RICHARDIÈRE
H. ROGER — ROGUES DE FURSAC — RUAAULT — SOUQUES — THOINOT
THIBIERGE — TOLLEMER — FERNAND WIDAL

OUVRAGE COMPLET

TRAITÉ DE MÉDECINE

DEUXIÈME ÉDITION (ENTIÈREMENT REFONDUE)

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

BOUCHARD

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Institut.

BRISSAUD

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

10 volumes grand in-8°, avec figures dans le texte 160 fr.

Chaque volume est vendu séparément.

TOME I. — 1 vol. grand in-8° de 845 pages, avec figures. 16 fr.
Les Bactéries. — Pathologie générale infectieuse. — Troubles et maladies de la nutrition. — Maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux.

TOME II. — 1 vol. grand in-8° de 896 pages, avec figures. 16 fr.
Fièvre typhoïde. — Maladies infectieuses. — Typhus exanthématique. — Fièvres éruptives. — Erysipèle. — Diphtérie. — Rhumatisme articulaire aigu. — Scorbut.

TOME III. — 1 vol. grand in-8° de 702 pages, avec figures. 16 fr.
Maladies cutanées. — Maladies vénériennes. — Maladies du sang. — Intoxications.

TOME IV. — 1 vol. grand in-8° de 680 pages, avec figures. 16 fr.
Maladies de l'estomac. — Maladies du pancréas. — Maladies de l'intestin. — Maladies du péritoine. — Maladies de la bouche et du pharynx.

TOME V. — 1 vol. grand in-8° de 943 pages, avec figures en noir et en couleurs. 18 fr.
Maladies du foie et des voies biliaires. — Maladies du rein et des capsules surrénales. — Pathologie des organes hématopoïétiques et des glandes vasculaires sanguines, moelle osseuse, rate, ganglions, thyroïde, thymus.

TOME VI. — 1 vol. gr. in-8° de 612 pages, avec figures. 14 fr.
Maladies du nez et du larynx. — Asthme. — Coqueluche. — Maladies des bronches. — Troubles de la circulation pulmonaire. — Maladies aiguës du poumon.

TOME VII. — 1 vol. gr. in-8° de 550 pages, avec figures. 14 fr.
Maladies chroniques du poumon. — Phtisie pulmonaire. — Maladies de la plèvre. — Maladies du médiastin.

TOME VIII. — 1 vol. gr. in-8° de 580 pages, avec figures. 14 fr.
Maladies du cœur. — Maladies des vaisseaux sanguins.

MÉDECINE — THÉRAPEUTIQUE

TOME IX. — 1 vol. gr. in-8° de 1092 pages, avec figures. 18 fr.

Maladies de l'encéphale. — Maladies de la protubérance et du bulbe. — Maladies intrinsèques de la moelle épinière. — Maladies extrinsèques de la moelle épinière. — Maladies des méninges. — Syphilis des centres nerveux.

TOME X ET DERNIER. — 1 vol. grand in-8° de 1048 pages, avec figures en noir et en couleurs et 3 planches hors texte en couleurs 18 fr.

Des Névrites. — Pathologie des différents muscles et nerfs moteurs. — Tics. — Crampes fonctionnelles et professionnelles. — Chorées, Myoclonies. — Maladie de Thomsen. — Paralyse agitante. — Myopathie primitive progressive. — Amyotrophie Charcot-Marie et Werdnig-Hoffmann. — Acromégalie, Gigantisme, Achondroplasie, Myxœdème. — Goitre exophtalmique. — Pathologie du grand sympathique. — Neurasthénie. — Épilepsie. — Hystérie. — Paralyse générale progressive. — Les Psychoses.

Table analytique des 10 volumes.

Traité élémentaire ♣♣♣♣♣♣♣♣ ♣♣♣ de Clinique Thérapeutique

PAR

Le Dr Gaston LYON

Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

SEPTIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

1 vol. grand in-8° de 1732 pages, relié toile. 25 fr.

Vient de paraître :

Formulaire Thérapeutique

PAR MM.

G. LYON

Ancien chef de clinique
à la Faculté de médecine.

P. LOISEAU

Ancien préparateur
à l'École supérieure de Pharmacie

AVEC LA COLLABORATION DE

L. Delherm | Paul-Émile Levy

SIXIÈME ÉDITION REVUE

1 vol. in-18 tiré sur papier indien très mince, relié maroquin souple. 7 fr.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE de Clinique Médicale

PAR

G.-M. DEBOVE

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris,
Professeur de Clinique médicale,
Médecin des hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine.

ET

A. SALLARD

Ancien interne des hôpitaux.

1 volume grand in-8° de 1206 pages,
avec 275 figures, relié toile. . . 25 fr.

Condenser en un volume les principales notions théoriques et pratiques nécessaires au diagnostic, tel est le but de ce livre. Outre la description des procédés de recherche et d'exploration par lesquels le médecin s'efforce d'arriver à la rigueur scientifique, les auteurs y exposent, avec l'étude générale des grands syndromes propres à chacun des appareils organiques, le tableau clinique de chaque maladie.



Fig. 168. — Rapports de l'estomac avec le foie et la cage thoracique. Repères permettant de les déterminer par la percussion.

Leçons sur les Troubles fonctionnels du Cœur (INSUFFISANCE CARDIAQUE — ASYSTOLIE)

PAR

Pierre MERKLEN

Médecin de l'hôpital Laennec

PUBLIÉES PAR

le D^r Jean Heitz

1 volume in-8° de viii-130 pages, avec figures. 10 fr.

Vient de paraître :

Aide-Mémoire de Thérapeutique

PAR MM.

G.-M. DEBOVE

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine
Professeur de Clinique
Membre de l'Académie de Médecine

G. POUCHET

Professeur de Pharmacologie et matière
médicale à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

A. SALLARD

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

1 volume in-8° de 700 pages, imprimé sur 2 colonnes, cartonné toile . . . 16 fr.

Cet *Aide-Mémoire de Thérapeutique* est destiné à parer aux défaillances de mémoire, inévitables dans l'exercice de la pratique journalière. Il réunit, sous une forme concise mais aussi complète que possible, toutes les notions thérapeutiques indispensables au médecin. Pour faciliter la recherche rapide, les questions sont classées par ordre alphabétique. Elles comprennent : 1° l'exposé du traitement de toutes les affections médicales et des grands syndromes morbides ; 2° l'étude résumée des agents thérapeutiques principaux, médicaments et agents physiques ; 3° la mention des principales stations hydro-minérales (situation, composition, indications) et climatiques ; 4° l'exposé des connaissances essentielles en hygiène et en bromatologie.

Ouvrage complet :

Traité des Maladies de l'Enfance

Deuxième Édition, revue et augmentée

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

J. GRANCHER

Professeur à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

J. COMBY

Médecin
de l'Hôpital des Enfants-Malades

5 volumes grand in-8° 112 fr.

TOME I — 1 vol. de 1060 pages, avec fig. 22 fr.
TOME II — 1 vol. de 964 pages, avec fig. 22 fr.
TOME III — 1 vol. de 994 pages, avec fig. 22 fr.
TOME IV — 1 vol. de 1076 pages, avec fig. 22 fr.
TOME V — 1 vol. de 1190 pages, avec fig. 24 fr.

Traité de Microscopie Clinique

PAR

D^r M. DEGUY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Laboratoire
à l'Hôpital des Enfants-Malades

A. GUILLAUMIN

Docteur en Pharmacie
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

1 vol. grand in-8° de 428 pages, avec 38 figures dans le texte,
93 planches en couleurs, relié toile anglaise 50 fr.

Cet important ouvrage est en même temps un traité et un atlas, plus un atlas qu'un traité. Essentiellement pratique, il s'adresse à la fois au médecin et au pharmacien et leur rendra, dans l'exercice quotidien de leur profession, les plus grands services pour l'établissement du diagnostic microscopique, ce puissant et indispensable auxiliaire du diagnostic clinique.

Il comprend l'étude des éléments suivants :

Sang — *Sérosités pathologiques (cytodiagnostic)* — *Lait et colostrum*. — *Matières fécales*. — *Parasites animaux de l'organisme et leurs œufs*. — *Teignes cryptogamiques et dermatoses*. — *Microbes pathogènes*. — *Crachats*. — *Conjonctivites*. — *Flore et maladies de l'appareil génital*. — *Urines*. — *Sperme*. — *Cherveux, poils, fibres et textiles*. — *Trypanosomes*. — *Champignons vénéneux*.

Un texte clair et pratique accompagne les 93 planches en couleurs, d'une exactitude scrupuleuse, qui forment le fond de ce superbe et utile ouvrage.

Le Traitement pratique DE LA Tuberculose pulmonaire

PAR

Louis RÉNON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de la Peau

1 volume petit in-8° de viii-260 pages.

3 fr. 50

Traité de Physiologie

PAR

J.-P. MORAT

Professeur à l'Université de Lyon.

Maurice DOYON

Professeur adjoint à la Faculté
de Médecine de Lyon.

5 volumes gr. in-8°, avec figures en noir et en couleurs dans le texte.
En souscription : **60 fr.**

TOME I. Fonctions élémentaires. — Prolégomènes, contraction.
— Sécrétion, milieu intérieur, avec 194 figures. **15 fr.**

TOME II. Fonctions d'innervation, avec 263 figures. **15 fr.**
TOME III. Fonctions de nutrition. — Circulation. — Calorification,
avec 173 figures **12 fr.**

TOME IV. Fonctions de nutrition (suite et fin). — Respiration,
excrétion. — Digestion, absorption, avec 167 figures. **12 fr.**

Sous presse : TOME V ET DERNIER

Fonctions de relation et de reproduction.

Pathologie générale expérimentale

Les

Processus généraux

PAR LES

D^r CHANTEMESSE

Professeur à la Faculté de Paris.

D^r PODWYSSOTZKY

Professeur à l'Université d'Odessa.

TOME I. — 1 vol. grand in-8°, avec 162 figures en noir et en couleurs. **22 fr.**

TOME II. — 1 vol. grand in-8°, avec 94 figures en noir et en couleurs. **22 fr.**

Vient de paraître :

Les Médicaments usuels

Par le **D^r A. MARTINET**

Ancien Interne des hôpitaux de Paris.

TROISIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

1 volume in-8°. **5 fr.**

BIBLIOTHÈQUE d'Hygiène thérapeutique

FONDÉE PAR

le professeur **PROUST**

Membre de l'Académie de Médecine, Inspecteur général des Services sanitaires

Chaque ouvrage forme un volume cartonné toile
et est vendu séparément : 4 francs.

VOLUMES PARUS

Hygiène du Dyspeptique (2^e édition). — Hygiène du Neurasthénique (3^e édition). — Hygiène des Maladies de la Femme. — L'Hygiène du Goutteux (2^e édition). — L'Hygiène de l'Obèse (2^e édition). — L'Hygiène des Asthmatiques. — Hygiène et Thérapeutique thermales. — Les Cures thermales. — Hygiène des Albuminuriques. — Hygiène du Tuberculeux (2^e édition). — Hygiène et Thérapeutique des Maladies de la bouche (2^e édition). — L'Hygiène des Diabétiques. — L'Hygiène des Maladies du cœur. — Hygiène et Thérapeutique des Maladies des fosses nasales.

Traité d'Hygiène * * * * *

Par **A. PROUST**

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

Troisième édition, revue et considérablement augmentée

AVEC LA COLLABORATION DE :

A. NETTER

et

H. BOURGES

Professeur agrégé

Chef du laboratoire d'hygiène à la Faculté
de Médecine.

Membre du Comité consultatif d'hygiène publique.

Ouvrage couronné par l'Institut et la Faculté de Médecine.

1 vol. in-8° de 1240 pages, avec figures et cartes dans le texte, 25 francs.

Les Maladies Populaires

Maladies vénériennes, Alcoolisme, Tuberculose

Par **L. RÉNON**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'hôpital de la Pitié, Membre de la Société de Biologie

Deuxième édition revue et augmentée

1 volume in-8° de viii-510 pages. 5 fr.

L'Alimentation et les Régimes

chez l'homme sain ou malade

Par **Armand GAUTIER**

Professeur à la Faculté de Médecine, Membre de l'Institut.

TROISIÈME ÉDITION REVUE ET CORRIGÉE

1 volume in-8° de viii-756 pages, avec figures. **12 fr.**

Les deux premières éditions de cet ouvrage ont été épuisées en trois ans. Cette troisième édition, outre l'étude de l'alimentation rationnelle et des régimes à l'état sain et pathologique, s'est enrichie de très nombreux documents sur la composition des aliments usuels, sur la proportion de leurs déchets, sur le calcul des calories qu'ils fournissent, sur le parasitisme des viandes, sur le botulisme, sur l'emploi du sucre et de l'alcool comme aliments, sur les variations des besoins alimentaires avec les climats, sur le prix de revient des régimes ouvriers européens, etc., etc.

Cours de Pathologie expérimentale et comparée

Alimentation et Digestion

Par **G.-H. ROGER**

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

1 volume in-8° de xii-524 pages, avec 57 figures. **10 fr.**

Les Aliments usuels

*Composition — Préparation
Indications dans les Régimes*

Par **Alf. MARTINET**

Ancien interne des hôpitaux

1 volume in-8° de viii-328 pages avec figures. **4 fr.**

Manuel Technique de Massage

Par **J. BROUSSES**

Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Troisième édition revue et augmentée

1 vol. in-16 de 407 pages, avec 65 figures dans le texte, cartonné toile souple. **4 fr. 50**

NEUROLOGIE — PSYCHOLOGIE

L'Année Psychologique

DIRIGÉE PAR
ALFRED BINET

AVEC LA COLLABORATION DE MM :

VON ASTER, BECHER, BENUSI, BERGSON, BLOCH, BOREL, CANTECOR,
CHABOT, GEISSLER, GOBLOT, HAMANN, HEYMANS, HOULLEVIGUE, IMBERT, JACOB,
JAENSSCH, JUNG, RATZ, LÉVY, LIPMANN, MAIGRE, MITCHELL, OESTERREICH,
RAUH, SIMON, SOURIAU, SPEARMAN, V. D. TORREN, S. WITASEK

Secrétaire de la Rédaction : **LARGUIER DES BANCELS**

Vient de paraître :

Quatorzième année — 1908

1 volume in-3, nombreuses figures. 15 fr. / an

Table des Matières : BINET ET SIMON : Le développement de l'intelligence chez les enfants. — HOULLEVIGUE : Les idées des physiciens sur la matière. — SOURIAU : L'enseignement de l'esthétique. — BOREL : Le calcul des probabilités et la méthode des majorités. — BINET : L'évolution de l'enseignement philosophique. — IMBERT : Le surmenage professionnel. — RAUH : Morale et biologie. — GOBLOT : La démonstration mathématique. — BINET ET SIMON : Langage et pensée. — CHABOT : Hygiène et pédagogie. — CANTECOR : Le Pragmatisme. — MAIGRE : Étude sur la réflexion. — BINET : Essai de chiromancie expérimentale. — BINET : Causerie pédagogique.

En vente : Tomes II à VI, chaque volume 30 fr.
Tome VII 15 fr.
Tomes VIII à XIV, chaque volume 15 fr.

Vient de paraître :

L'Éducation de soi-même

Par le Dr **DUBOIS**

professeur de Neuropathologie à l'Université de Berne.

DEUXIÈME ÉDITION

1 volume in-8° de 265 pages, broché. 4 fr.

Vient de paraître :

Les Psychonévroses

et leur traitement moral

Leçons faites à l'Université de Berne

Par le Dr **DUBOIS**

professeur de Neuropathologie.

PRÉFACE DU PROFESSEUR DEJERINE

TROISIÈME ÉDITION

1 volume in-8° de 560 pages. 8 fr.

MÉDECINE TROPICALE

❖ ❖ ❖ **LES VENINS** ❖ ❖ ❖

LES ANIMAUX VENIMEUX ET LA SÉROTHÉRAPIE ANTIVENIMEUSE

Par **A. CALMETTE**

Directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

1 vol. in-8°, de xvi-396 pages, avec 125 fig. Relié toile. . . . **12 fr.**

TRYPANOSOMES et TRYPANOSOMIASES

A. LAVERAN

de l'Institut et de l'Académie
de Médecine.

PAR

F. MESNIL

Chef de laboratoire à l'Institut
Pasteur.

1 vol. grand in-8°, avec 61 figures et 1 planche en couleurs. . **10 fr.**

❖ ❖ ❖ **TRAITÉ DU PALUDISME** ❖ ❖ ❖

Par **A. LAVERAN**

Deuxième édition refondue.

1 vol. de viii-622 pages, avec 58 fig. et une planche en couleurs. **12 fr.**

DIAGNOSTIC ET SÉMÉIOLOGIE

❖ ❖ **DÉS MALADIES TROPICALES** ❖ ❖

R. WURTZ

Agrégé, Chargé de cours à l'Institut
de Médecine coloniale de Paris.

PAR MM.

A. THIROUX

Médecin-Major de première classe
des troupes coloniales.

1 vol. gr. in-8°, de xii-544 pages, avec 97 fig. en noir et en couleurs. **12 fr.**

COURS DE DERMATOLOGIE EXOTIQUE

Par **E. JEANSELME**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

1 vol. in-8°, avec 5 cartes et 108 fig. en noir et en couleurs. . **10 fr.**

MALADIES DES PAYS CHAUDS

Par Sir Patrick **MANSON**

DEUXIÈME ÉDITION FRANÇAISE

traduite par M. GUIBAUD sur la quatrième édition anglaise, entièrement
mise au courant

1 vol. gr. in-8° de xvi-815 pages avec 241 figures et 7 planches en
couleurs. **16 fr.**

La Pratique Dermatologique

Traité de Dermatologie appliquée

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE MM.

ERNEST BESNIER, L. BROcq, L. JACQUET

PAR MM.

AUDRY, BALZER, BARBE, BAROZZI, BARTHÉLEMY, BÉNARD, ERNEST BESNIER,
BODIN, BRAULT, BROcq, DE BRUN, COURTOIS-SUFFIT,
DU CASTEL, A. CASTEX, J. DARIER, DEHU, DOMINICI, W. DUBREUILH, HUBERT,
L. JACQUET, JEANSELME, J.-B. LAFFITTE, LENGLET, LEREDDE,
MERKLEN, PERRIN, RAYNAUD, RIST, SABOURAUD, MARCEL SÉE, GEORGES
THIBIERGE, TRÉMOLIÈRES, VEYRIÈRES.

4 volumes reliés toile formant ensemble 3870 pages, et illustrés de
823 figures en noir et de 89 planches en couleurs. 156 fr.
Chaque volume est vendu séparément.

Depuis la publication de la *PRATIQUE DERMATOLOGIQUE*,
les applications électrothérapiques ont acquis une grande impor-
tance. Aussi MM. BESNIER, BROcq et JACQUET ont-ils fait ré-
fondre entièrement, en Janvier 1907, l'article **Electricité**.

On y trouvera maintenant exposées, avec clarté et précision,
les diverses modalités de la cure électrique : courants galva-
niques, électrolyse et ionisation; courants faradiques et sinusoï-
daux; franklinisation; courants de haute fréquence, radiothé-
rapie, etc., etc.

En outre, à chacune des dermatoses justiciables de ces
méthodes, on trouvera les renvois et indications nécessaires.

TOME I. — 1 vol. avec 230 fig. et 24 planches 36 fr.

Anatomie et Physiologie de la Peau. — Pathologie générale de la Peau. — Symptoma-
tologie générale des Dermatoses. — Acanthosis nigricans à Ecthyma.

TOME II — 1 vol. avec 168 fig. et 21 planches. 40 fr.

Eczéma à Langue.

TOME III. — 1 vol. avec 201 fig. et 19 planches. 40 fr.

Lèpre à Pityriasis.

TOME IV. — 1 vol. avec 213 fig. et 25 planches. 40 fr.

Vols à Zona.

MANUEL ÉLÉMENTAIRE
de
Dermatologie * * * * *
* * * * * **topographique**
régionale

PAR
R. SABOURAUD

Chef du laboratoire de la Ville de Paris
à l'hôpital Saint-Louis.

1 volume grand in-8° de XII-736 pages, avec
231 figures dans le texte.

Broché. 15 fr. | Relié toile 16 fr.

Ce livre, le premier ainsi conçu, réalise dans l'étude des maladies cutanées ce que représentent, pour la botanique élémentaire, les flores dichotomiques qui donnent le moyen de reconnaître une plante alors même qu'on la rencontre pour la première fois.



Thérapeutique des * * * * *
* * * * * **Maladies de la peau**

PAR LE
D^r LEREDDE

Directeur de l'Établissement dermatologique de Paris.

1 vol. in-8° de 700 pages, broché. 10 fr.

Les Maladies du Cuir chevelu

PAR LE
D^r R. SABOURAUD

Chef du Laboratoire de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis

I. — Maladies séborrhéiques : Séborrhée, Acnés, Calvitie

1 vol. in-8°, avec 91 figures dont 40 aquarelles en couleurs. 10 fr.

II. — Maladies desquamatives : Pytiriasis et Alopecies pelliculaires

1 vol. in-8°, avec 122 fig. dans le texte en noir et en couleurs. 22 fr.

Vient de paraître :

Abrégé d'Anatomie

PAR

P. POIRIER

Professeur d'Anatomie
à la Faculté de Médecine de Paris.

A. CHARPY

Professeur d'Anatomie
à la Faculté de Médecine de Toulouse

B. CUNÉO

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

CONDITIONS DE PUBLICATION

L'*Abrégé d'Anatomie* formera trois volumes qui ne seront point vendus séparément.

Deux volumes sont en vente à la date de ce jour, le tome III paraîtra en mai 1908.

DÉTAIL DES VOLUMES

TOME I. — EMBRYOLOGIE — OSTÉOLOGIE — ARTHROLOGIE — MYOLOGIE.

1 vol. grand in-8° de 560 pages avec 402 fig. en noir et en couleurs.

TOME II. — CŒUR — ARTÈRES — VEINES LYMPHATIQUES — CENTRES NERVEUX — NERFS CRANIENS — NERFS RACHIDIENS.

1 vol. grand in-8° de 500 pages avec 248 fig. en noir et en couleurs.

Ces deux volumes pris ensemble, reliés toile anglaise. 35 fr.

Reliure spéciale, dos maroquin. 38 fr.

Pour paraître en Novembre 1908 :

TOME III. — TUBE DIGESTIF ET ANNEXES — ORGANES RESPIRATOIRES — APPAREIL URINAIRE — ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME ET DE LA FEMME — ORGANES DES SENS.

1 vol. grand in-8° d'environ 650 pages et 300 figures.

*Ce volume sera mis en vente au prix de 15 fr. relié toile
et de 17 fr. relié maroquin.*

A dater de la publication du tome III, les tomes I et II ne seront plus vendus séparément.

OUVRAGE COMPLET

Traité d'Anatomie Humaine

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

P. POIRIER

ET

A. CHARPY

Professeur d'anatomie à la Faculté de
médecine de Paris. Chirurgien des hôpitaux.

Professeur d'anatomie à la Faculté
de médecine de Toulouse.

AVEC LA COLLABORATION DE

O. AMOEDO — A. BRANCA — A. CANNIEU — B. CUNÉO — G. DELAMARE — PAUL DELBET
A. DRUVAULT — P. FREDET — GLANTENAY
A. GOSSET — M. GUIBÉ — P. JACQUES — TH. JONNESCO — E. LAGUESSE
L. MANOUVRIER — M. MOTAIS — A. NICOLAS — P. NOBÉCOURT — O. PÂSTEAU — M. PICOU
A. PRENANT — H. RIEFFEL — CH. SIMON — A. SOULIÉ

5 volumes grand in-8°, avec figures noires et en couleurs. 180 fr.

TOME I. — (2^e édition refondue) : Introduction. Notions d'embryologie, Ostéologie, Arthrologie, avec 807 figures. 20 fr.

TOME II. — 1^{re} Fasc. (2^e édition refondue) : Myologie, avec 331 fig. 12 fr.

2^e Fasc. (2^e édition refondue) : Angéiologie. Cœur et Artères. Histologie, avec 150 figures. 8 fr.

3^e Fasc. (2^e édition refondue) : Angéiologie, Capillaires, Veines, avec 83 figures. 6 fr.

4^e Fasc. : Les Lymphatiques, avec 117 figures. 8 fr.

TOME III. — 1^{re} Fasc. (2^e édition refondue) : Système nerveux. Méninges. Moelle. Encéphale. Embryologie. Histologie, avec 265 figures. 10 fr.

2^e Fasc. (2^e édition refondue) : Système nerveux. Encéphale, avec 131 figures. 10 fr.

3^e Fasc. (2^e édition refondue) : Système nerveux. Les Nerfs. Nerfs crâniens. Nerfs rachidiens, avec 228 figures. 12 fr.

TOME IV. — 1^{re} Fasc. (2^e édition refondue) : Tube digestif, avec 201 fig. 12 fr.

2^e Fasc. (2^e édition refondue) : Appareil respiratoire, avec 121 fig. 6 fr.

3^e Fasc. (2^e édition refondue) : Annexes du tube digestif. Péritoine. 1 vol. avec 448 figures. 16 fr.

TOME V. — 1^{re} Fasc. : Organes génito-urinaires (2^e édition revue), avec 431 figures. 20 fr.

2^e Fasc. : Les Organes des sens. Les Glandes surrénales, avec 544 figures. 20 fr.

TRAITÉ de GYNÉCOLOGIE

Clinique et Opératoire

PAR **Samuel POZZI**

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'hôpital Broca.

QUATRIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFOUNDUE

AVEC LA COLLABORATION DE F. JAYLE

2 vol. grand in-8° formant ensemble 1500 pages avec 894 figures dans le texte. Reliés toile 40 fr.

Tome I. — Asepsie et Antiseptie. — Anesthésie. — Moyens de réunion et d'hémostase. — Exploration gynécologique. — Métrites. — Adénomes et adénomyomes de l'utérus. — Cancer de l'utérus. — Sarcomes et endothéliomes de l'utérus. — Tumeurs utérines d'origine placentaire. — Déviations de l'utérus. — Prolapsus des organes génitaux. — Inversion de l'utérus. — Difformités du col de l'utérus. — Atrésie. — Sténose. — Atrophie. — Hypertrophie.

Tome II. — Des troubles de la menstruation; inflammation des



Fig. 583. — Résection de l'ovaire.
Tracé de l'incision au bistouri.

annexes de l'utérus; péri-méthro-salpingites; kystes de l'ovaire; tumeurs solides de l'ovaire; tumeurs des trompes et des ligaments; tuberculose génitale; hématocele pelvienne; grossesse extra-utérine; vaginites; tumeurs du vagin; fistules vaginales; vaginisme; déchirures du périnée; inflammation; œdème,

gangrène; érysipèle, eczéma, herpès de la vulve; esthiomène de la vulve; tumeurs de la vulve; kystes et abcès des glandes de Bartholin; prurit vulvaire, coccygodynie; plaies de la vulve et du vagin, sténoses et atrésies acquises, corps étrangers; leucoplasie; kraurosis vulvæ; malformations des organes génitaux; accidents de rétention consécutifs aux atrésies génitales; index analytique; table des noms propres.

Le tome II formant un volume de 733 pages avec 368 figures dans le texte, relié toile, est vendu aux acheteurs du tome I. 15 fr.

A dater de ce jour le tome I^{er} n'est plus vendu séparément.

Précis d'Obstétrique

PAR MM.

A. RIBEMONT-DESSAIGNES

Agrégé de la Faculté de médecine
Accoucheur de l'hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de médecine.

G. LEPAGE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
de Paris
Accoucheur de l'hôpital de la Pitié.

SIXIÈME ÉDITION

AVEC 560 FIGURES DANS LE TEXTE, DONT 400 DESSINÉES PAR M. RIBEMONT-DESSAIGNES

1 vol. grand in-8° de 1420 pages, relié toile 30 fr.

En supprimant la presque totalité des notions anatomo-physiologiques concernant l'appareil génital de la femme et en procédant à une révision soigneuse des figures et du texte, les auteurs ont pu, sans augmenter le volume : 1° ajouter un certain nombre de figures nouvelles ; 2° développer certaines questions de pratique, telles que celles des complications et hémorragies de la délivrance, des infections puerpérales, des ruptures de l'utérus, de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, etc. ; mettre au point la plupart des questions importantes ; 3° traiter des sujets nouveaux, tels que l'application de la radiographie à l'obstétrique. A la pathologie médicale du nouveau-né ont été ajoutées des notions sommaires sur la pathologie chirurgicale de l'enfant qui vient de naître.

Iconographie Obstétricale

Par **A. RIBEMONT-DESSAIGNES**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Maternité de Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine

FASCICULE I

Rétention du Fœtus mort dans l'Utérus avec intégrité des membranes

12 planches en couleurs gr. in-8°, avec texte explicatif et observations. 12 fr.

FASCICULE II

Anomalies et Monstruosités Fœtales

12 planches en couleurs gr. in-8°, avec texte explicatif et observations. 12 fr.

Vient de paraître :

Petite Chirurgie Pratique

PAR

TH. TUFFIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

P. DESFOSSES

Ancien interne des hôpitaux de Paris, Chirurgien du Dispensaire de la Cité de la Santé.

DEUXIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

1 vol. petit in-8° de viii-568 pages, avec 353 figures, cartonné à l'anglaise, 10 fr.

Le but de ce livre est d'exposer aussi clairement que possible les

éléments de petite chirurgie indispensables à l'élève, à l'étudiant, au praticien.

Les remaniements de cette édition portent sur plus du cinquième du livre.

Les additions comprennent le pansement des brûlures, les greffes dermo-épidermiques, l'anesthésie par la stovaine, la méthode de Bier, la gymnastique de la respiration et du maintien, etc...

Les médecins de campagne sont dans la nécessité

de s'occuper de la bouche de leurs malades; le Dr Neveu a écrit pour eux un chapitre très substantiel sur les extractions dentaires et l'hygiène de la bouche et des dents.



Fig. 346. — Extraction d'une incisive inférieure.

Guide anatomique aux Musées de Sculpture

PAR

A. CHARPY

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Toulouse.

L. JAMMES

Professeur adjoint à l'Université de Toulouse.

1 vol. petit in-8° de viii-112 pages, avec figures. 2 fr.

Ce guide n'a point pour but d'apprendre l'anatomie aux artistes : il se propose simplement de permettre aux visiteurs de musées d'étudier avec fruit et de comprendre les œuvres de sculpture.

Vient de paraître :

Deuxième Édition
entièrement refondue
DU

Traité de Technique Opératoire

PAR

CH. MONOD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de Paris,
Chirurgien honoraire des hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine.

J. VANVERTS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Lille,
Ancien interne lauréat des hôpitaux
de Paris,
Membre corresp. de la Société de Chirurgie.



Tome Premier

1 vol. grand in-8° de XII-1016 pages, avec 1189 figures dans le texte. 20 fr.



La deuxième édition du
**Traité de Technique
Opératoire** paraîtra en
deux volumes.

*Le Tome I est vendu 20
francs. — Le Tome II, qui
paraîtra en octobre 1908,
sera vendu 18 francs.*

A dater de l'apparition du
Tome II, le Tome I ne sera
plus vendu séparément et le
prix de l'ouvrage complet
sera augmenté.

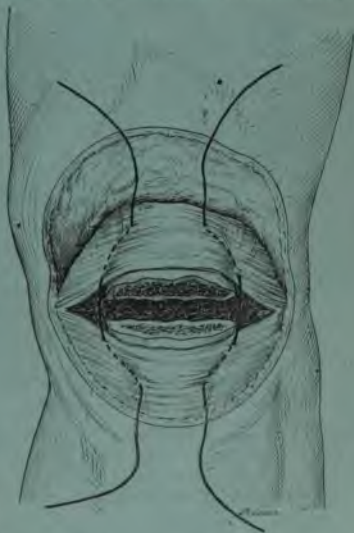


FIG. 256. — Fracture de la rotule. Double
suture fibro-périostique latérale (Blake).

Précis de Technique opératoire

PAR

LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Avec Introduction par le professeur Paul Berger

Le *Précis de Technique opératoire* est divisé en 7 volumes.

Pratique courante et Chirurgie d'urgence, par VICTOR VEAU, 2^e édition. — **Tête et cou**, par CH. LENORMANT (2^e édition). — **Thorax et membre supérieur**, par A. SCHWARTZ (2^e édition). — **Abdomen**, par M. GUÉDÉ (2^e édition). — **Appareil urinaire et appareil génital de l'homme**, par PIERRE DUVAL (2^e édition). — **Membre inférieur**, par GEORGES LABÉY. — **Appareil génital de la femme**, par R. PROUST.

Chaque volume, cart. toile et illustré d'environ 200 fig., la plupart originales. . . . 4 fr. 50



Ligature du méso-appendice.

Manuel de Pathologie externe

Par MM. RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY

Professeurs et agrégés à la Faculté de Paris. Chirurgiens des Hôpitaux.

Septième édition, entièrement refondue et largement illustrée

- I. Maladies des tissus et des organes, par le P^e P. RECLUS.
- II. Maladies des régions, Tête et Rachis, par le P^e KIRMISSON.
- III. Maladies des régions, Poitrine, Abdomen, par le D^r PEYROT.
- IV. Maladies des régions, Organes génito-urinaires, par le D^r BOUILLY.

4 Volumes in-8°, avec nombreuses figures dans le texte. 40 fr.

Chaque volume séparément. 10 fr.

L'ŒUVRE MÉDICO-CHIRURGICAL (D^r CRITZMAN, Directeur).

Suite de Monographies Cliniques

SUR LES QUESTIONS NOUVELLES

EN MÉDECINE, EN CHIRURGIE ET EN BIOLOGIE

Chaque Monographie est vendue séparément. 1 fr. 25

Il est accepté des Abonnements pour une série de 10 Monographies consécutives, au prix à forfait et payable d'avance de 10 francs pour la France et 12 francs pour l'Etranger (port compris).

DERNIERES MONOGRAPHIES PUBLIÉES :

32. **La Médication hémostatique**, par le D^r P. CARNOT, D^r ès sciences.
33. **L'Elongation trophique**, par le docteur A. CHIPAULT.
34. **Le Rhumatisme tuberculeux** (*pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire*), par le professeur Antonin PONCET et Maurice MAILLAND.
35. **Les Consultations de nourrissons**, par Ch. MAYGRIER, agrégé.
36. **La Médication phosphorée**, par le P^r GILBERT et le D^r POSTERNAK.
37. **Pathogénie et traitement des névroses intestinales**, par le D^r GASTON LYON.
38. **De l'Énucléation des fibromes utérins**, par Th. TUFFIER, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Beaujon.
39. **Le Rôle du selen pathologie**, par Ch. ACHARD, professeur agrégé.
40. **Le Rôle du sel en thérapeutique**, par Ch. ACHARD.
41. **Le Traitement de la Syphilis**, par le professeur E. GAUCHER.
42. **Tics**, par le D^r HENRY MEIGE.
43. **Diagnostic de la Tuberculose par les nouveaux procédés de laboratoire**, par le D^r NATTAN-LARRIER.
44. **Traitement de l'hypertrophie prostatique par la prostatectomie**, par R. PROUST, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
45. **De la Lactosurie** (*Études urologiques de médecine comparée sur les états de grossesse, de puerpéralité et de lactation chez la femme et les femelles domestiques*) par M. Ch. PORCHER, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon.
46. **Les Gastro-entérites des nourrissons**, par A. LESAGE, médecin de l'Hôpital des Enfants (Hérolde).
47. **Le Traitement des Gastro-entérites des nourrissons et du Choléra infantile**, par A. LESAGE.
48. **Les Ions et les médications ioniques** par S. LEDUC, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.
49. **Physiologie de l'acide urique**, par P. FAUVEL, docteur ès sciences, professeur à l'Université catholique d'Angers.
50. **Le Diagnostic fonctionnel du cœur**, par W. JANOWSKI, professeur agrégé à l'Académie médicale de Saint-Petersbourg.
51. **Les Arriérés scolaires**, par R. CRUCHET, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
52. **Artério-Sclérose et Athéromasie**, par le professeur TEISSIER, professeur à l'Université de Lyon.
53. **Les Sulfo-éthers urinaux** (*physiologie et valeur clinique dans l'auto-intoxication intestinale*) par H. LABBÉ, chef de laboratoire à la Faculté de Paris et G. VITRY, chef de clinique à la Faculté de Paris.

DIVERS

BARD. — Précis d'Anatomie pathologique (Deuxième édition), par L. BARD, professeur à l'Université de Genève. 1 vol., avec 125 fig., cart. toile. 7 fr. 50

BRISSAUD. — Leçons sur les Maladies nerveuses (Deuxième série; hôpital St-Antoine), par E. BRISSAUD, professeur à la Faculté de Paris, recueillies par HENRY MEIGE. 1 vol. grand in-8°, avec 165 figures. 15 fr.

BROCA. — Leçons cliniques de Chirurgie infantile, par A. BROCA, agrégé à la Faculté de Paris. Deuxième série. 1 vol. in-8°, avec 99 figures. 10 fr.

CALMETTE (A.). — Recherches sur l'Épuration biologique et chimique des Eaux d'égout, effectuées à l'Institut Pasteur de Lille et à la station expérimentale de la Madeleine, par A. CALMETTE, avec la collaboration de MM. E. ROLANTS, E. BOULLANGER, F. CONSTANT, L. MASSOL.

Tome I. Avec la collaboration du P^r A. BUISINE. 1 vol. in-8° de iv-194 pages avec 39 figures et 2 planches hors texte. 6 fr.

Tome II. 1 vol. gr. in-8°, de iv-314 pages, avec 45 figures et 11 graphiques dans le texte et 6 planches hors texte. 10 fr.

CALOT. — Traité pratique de Technique Orthopédique, par le D^r CALOT, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, etc.

I. Technique du Traitement de la Coxalgie, avec 178 fig. 1 vol. . . 7 fr.

II. Technique du Traitement de la Luxation congénitale de la hanche, avec 206 figures et 5 planches. 1 vol. 7 fr.

III. Technique du Traitement des Tumeurs blanches, avec 192 fig. 1 vol. 7 fr.

CHAPUT. — Les Fractures malléolaires du Cou-de-Pied et les Accidents du Travail par le D^r CHAPUT, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

1 vol. petit in-8° de 160 pages avec 73 figures dans le texte . . . 3 fr. 50

DUCLAUX. — Traité de Microbiologie, par E. DUCLAUX.

Tome I. Microbiologie générale. — Tome II. Diastases, toxines et venins. — Tome III. Fermentation alcoolique. — Tome IV. Fermentations variées des diverses substances ternaires.

Chaque volume grand in-8°, avec figures. 15 fr.

GAUTIER (A.). — Cours de Chimie minérale et organique, par ARM. GAUTIER, de l'Institut, professeur à la Faculté de Paris. 2 vol. gr. in-8°, avec fig.

I. Chimie minérale. Deuxième édition. 1 vol. grand in-8°, avec 244 fig. dans le texte. 16 fr.

II. Chimie organique. Troisième édition, avec la collaboration de MARCEL DELÉPINE, agrégé à l'École supérieure de Pharmacie de Paris. 1 vol. grand in-8°, avec figures. 18 fr.

— Leçons de Chimie biologique, normale et pathologique. — Deuxième édition, publiée avec la collaboration de M. ARTHUR. 1 vol. in-8°, avec 110 figures. 18 fr.

HENNEQUIN et LÉWY. — Les Fractures des Os longs (leur traitement pratique), par les D^{rs} J. HENNEQUIN, membre de la Société de chirurgie, et ROBERT LÉWY. 1 vol. grand in-8°, avec 215 fig. dont 25 planches représentant 222 radiographies originales. 16 fr.

- KENDIRDJY.** — *L'Anesthésie chirurgicale par la Stovaïne*, par le D^r LÉON KENDIRDJY, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-12 de 206 pages, broché. 3 fr.
- KIRMISSON.** — *Leçons cliniques sur les Maladies de l'appareil locomoteur (os, articulations, muscles)*, par le D^r KIRMISSON, professeur à la Faculté de Paris. 1 vol. in-8°, avec figures dans le texte. 10 fr.
- *Traité des Maladies chirurgicales d'origine congénitale*, par le P^r KIRMISSON. 1 vol. in-8°, avec 311 figures et 2 planches en couleurs. 15 fr.
- *Les Difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence*, par le P^r KIRMISSON. 1 vol. in-8°, avec 430 figures 15 fr.
- LANNELONGUE.** — *Leçons de Clinique Chirurgicale*, par O. LANNELONGUE, professeur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. 1 vol. grand in-8° de 594 pages, avec 40 figures et 2 planches 12 fr.
- LAVERAN.** — *Traité d'Hygiène militaire*, par le D^r LAVERAN. 1 vol. in-8°, avec 270 figures 16 fr.
- LETULLE.** — *La pratique des autopsies*, par M. LETULLE, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 1 vol. in-8° cavalier de 548 pages, avec 136 figures. Broché, 10 fr. — Cartonné. 12 fr.
- MARFAN (A.-B.).** — *Leçons cliniques sur la Diphtérie, et quelques maladies des premières voies*, par A.-B. MARFAN, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 1 vol. grand in-8° de iv-488 pages, avec 68 fig. dans le texte. 10 fr.
- MEIGE (HENRY) et FEINDEL (E.).** — *Les Tics et leur Traitement*, par les D^{rs} MEIGE et FEINDEL. 1 vol. in-8° de 640 pages. 16 fr.
- MENARD.** — *Étude sur la Coxalgie*, par le D^r V. MENARD, chirurgien de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer. 1 vol. in-8° de ix-439 pages, avec 26 planches hors texte. 15 fr.
- RECLUS.** — *L'Anesthésie localisée par la Cocaïne*, par P. RECLUS, professeur à la Faculté de Paris. 1 vol. petit in-8°, avec 59 figures. 4 fr.
- ROGER.** — *Les Maladies infectieuses*, par G.-H. ROGER, professeur à la Faculté de Paris, 2 vol. grand in-8°, avec 117 figures 28 fr.
- RUDAUX (P.).** — *Précis élémentaire d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie*, par P. RUDAUX, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Avec préface de M. RIBEMONT-DESSAIGNES. 1 vol. in-16 avec 462 figures, cartonné toile. 8 fr.
- THIBIERGE.** — *Syphilis et Déontologie*, par GEORGES THIBIERGE, médecin de l'hôpital Broca. 1 vol. in-8°, broché. 5 fr.
- TRUPIER.** — *Traité d'Anatomie pathologique générale*, par R. TRUPIER, professeur à la Faculté de Lyon. 1 vol., avec 230 fig. en noir et en couleurs 25 fr.
- WEISS.** — *Leçons d'Ophtalmométrie (Cours de perfectionnement de l'Hôtel-Dieu)*, par G. WEISS, professeur agrégé à la Faculté de Paris. Avec Préface de M. le P^r DE LAPERSONNE. 1 vol. petit in-8°, avec 149 fig. 5 fr.

Encyclopédie Scientifique * * * * *

* * * * * des Aide-Mémoire

Publiée sous la direction de **H. LÉAUTÉ**, Membre de l'Institut

Au 1^{er} Septembre 1908, 394 VOLUMES publiés

Chaque ouvrage forme un volume petit in-8°, vendu : Broché, 2 fr. 50
Cartonné toile, 3 fr.

DERNIERS VOLUMES PUBLIÉS DANS LA SECTION DU BIOLOGISTE

MALADIES DES VOIES URINAIRES, URÈTRE, VESSIE, par le Dr BAZY, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie, 4 vol.

I. *Moyens d'exploration et traitement*. 2^e édition. II. *Sémiologie*. III. *Thérapeutique générale*. Médecine opératoire. IV. *Thérapeutique spéciale*.

GUIDE DE L'ÉTUDIANT À L'HÔPITAL, par A. BERGÉ, interne des hôpitaux. 2^e éd.

BIOLOGIE GÉNÉRALE DES BACTÉRIES, par le Dr E. BODIN, professeur de Bactériologie à l'Université de Rennes.

LES BACTÉRIES DE L'AIR, DE L'EAU ET DU SOL, par E. BODIN.

LES CONDITIONS DE L'INFECTION MICROBIENNE ET L'IMMUNITÉ, par E. BODIN. **L'OREILLE**, par PIERRE BONNIER, 5 vol.

I. *Anatomie de l'oreille*. II. *Pathogénie et mécanisme*. III. *Physiologie : Les Fonctions*. IV. *Symptomatologie de l'oreille*. V. *Pathologie de l'oreille*.

PRÉCIS ÉLÉMENTAIRE DE DERMATOLOGIE, par MM. BROCOQ et JACQUET, médecins des hôpitaux de Paris. 2^e édition, entièrement revue, 5 vol.

I. *Pathologie générale cutanée*. II. *Différences cutanées, éruptions artificielles, dermatoses parasitaires*. III. *Dermatoses microbiennes et néoplasies*. IV. *Dermatoses inflammatoires*. V. *Dermatoses d'origine nerveuse*. Formulaire.

LA PELADE, par A. CHATIN, membre de la Société de Dermatologie, et F. TRÉMOLIERES, ancien interne à l'hôpital Saint-Louis.

LA CHIRURGIE DU CHAMP DE BATAILLE. Méthodes de pansement et interventions d'urgence d'après les enseignements modernes, par le Dr DEMMLER, membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS, par L. JACQUET, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et M. FERRAND, interne à l'hôpital Broca.

LE PÉRIL VÉNÉRIEN, par H. LABIT et H. POLIN, médecins principaux de l'armée.

LA LEUCÉMIE MYÉLOÏDE, par P. MENETRIER, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, et Ch. AUBERTIN, ancien interne des hôpitaux de Paris.

EXAMEN ET SÉMIOTIQUE DU CŒUR, par les Drs PIERRE MERKLEN, médecin de l'hôpital Laennec et Jean HEITZ, 2 vol.

I. *Inspection, palpation, percussion, auscultation*.

II. *Le Rythme du cœur et ses modifications*.

LES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'EAU DE MER par le Dr ROBERT SIMON.

L'HÉRÉDITÉ DE LA TUBERCULOSE, par J. VIREZ, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

LA MÉNOPAUSE par Ch. VINAY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

PÉRIODIQUES MÉDICAUX

Extrait de la liste des 46 Périodiques scientifiques

Publiés par la Librairie MASSON et C^e

Revue de Gynécologie ♣ ♣ ♣ ♣ ♣ ♣ ♣ ♣ et de Chirurgie Abdominale

paraissant tous les deux mois sous la direction de

S. POZZI

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris.

Secrétaire de la Rédaction : **F. JAYLE**

Secrétaire adjoint : **X. BENDER.**

ABONNEMENT ANNUEL : FRANCE, 28 fr. UNION POSTALE, 30 fr.

Journal de Physiologie et de Pathologie générale

PUBLIÉ TOUTS LES 2 MOIS PAR MM. LES PROFESSEURS

BOUCHARD ET CHAUVEAU

Comité de Rédaction : MM. J. Courmont, E. Gley, P. Teissier.

Chaque numéro contient, outre les mémoires originaux, un index bibliographique de 30 à 40 pages comprenant l'analyse sommaire des travaux français et étrangers de physiologie et de pathologie générale. L'année forme un fort volume d'environ 1250 pages, avec nombreuses figures et planches hors texte.

ABONNEMENT ANNUEL : Paris et Départements, 35 fr. — Union postale, 40 fr.
Le numéro, 7 fr.

Archives de Médecine Expérimentale et d'Anatomie pathologique

Fondées par **J.-M. CHARCOT**

Publiées tous les 2 mois par MM. JOFFROY, LÉPINE,
PIERRE MARIE, ROGER

Secrétaires de la rédaction : CH. ACHARD, R. WURTZ

Créées en 1880, les Archives de Médecine expérimentale sont un recueil de mémoires originaux consacrés à la médecine scientifique. Eclairer la clinique par les recherches de laboratoire, tel est leur but.

ABONNEMENT ANNUEL : Paris, 24 fr. — Départements, 25 fr. — Union postale, 26 fr.

REVUE D'ORTHOPÉDIE

PARAISANT TOUTS LES DEUX MOIS

SOUS LA DIRECTION DE

M. le D^r KIRMISSON

PROFESSEUR À LA FACULTÉ DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Avec la collaboration des Professeurs

O. L. AELONGUE — A. PONCET — DENUCÉ — PHOCAS

Secrétaire de la Rédaction : **D^r GRISEL**

Paraît par fascicules grand in-8° d'environ 112 pages,
avec figures dans le texte et nombreuses planches hors texte.

ABONNEMENT ANNUEL : Paris, 15 fr. — Départ., 17 fr. — Union postale, 18 fr.

REVUE NEUROLOGIQUE

Organe officiel de la Société de Neurologie de Paris

Publiée le 15 et le 30 de chaque mois

Direction : **E. BRISSAUD et P. MARIE**

Rédaction : **Henry MEIGE**

ABONNEMENT ANNUEL : Paris et Départements, 30 fr. — Union postale, 32 fr.
Le N° 1 fr. 50

Forme chaque année 1 volume in-8° d'environ 1000 pages, avec de nombreuses figures et contenant environ 70 mémoires originaux, plus de 1600 analyses et environ 3500 indications bibliographiques cataloguées par fiches détachables.

Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière

J.-M. CHARCOT

GILLES DE LA TOURETTE, PAUL RICHER, ALBERT LONDE

FONDATEURS

ICONOGRAPHIE MÉDICALE ET ARTISTIQUE

Patronage scientifique :

J. Babinski, G. Ballet, E. Brissaud, Dejerine, E. Dupré,

A. Fournier, Grasset, Joffroy, Pierre Marie, Pitres, Raymond, Régis,
Séglas, et Société de Neurologie de Paris

Direction : **Paul RICHER.** Rédaction : **Henry MEIGE**

Abonnement annuel : Paris, 30 fr. Départ., 32 fr. Union post., 33 fr. Le numéro, 5 fr.

Archives de Médecine des Enfants

PUBLIÉES TOUS LES MOIS PAR MM.

V. HUTINEL — O. LANNELONGUE — A. BROCA — J. COMBY — L. GUINON

A.-B. MARFAN — P. MOIZARD — P. NOBÉCOURT

D^r J. COMBY,

D^r R. ROMME,

Directeur de la Publication.

Secrétaire de la Rédaction

ABONNEMENT ANNUEL : Paris et Départements, 14 fr. Union postale, 16 fr.

Les Archives sont le plus important des recueils français de pédiatrie. Elles forment chaque année un volume d'environ 800 pages contenant des mémoires, des recueils de faits, des revues générales et plus de 250 pages de bibliographie et d'analyses.

Revue d'Hygiène * * * * * * * * * * et de Police sanitaire

Fondée par **E. VALLIN**

PUBLIÉE TOUS LES MOIS SOUS LA DIRECTION DU

D^r A.-J. MARTIN

Inspecteur général de l'assainissement de la Ville de Paris.

ABONNEMENT ANNUEL : Paris, 20 fr. — Départements, 22 fr. — Étranger, 23 fr.

Le plus important des journaux français de médecine

LA

PRESSE MÉDICALE

Journal bi-hebdomadaire, paraissant le Mercredi et le Samedi

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. DE LAPERSONNE
Professeur
de clinique ophtalmologique
à l'Hôtel-Dieu.

E. BONNAIRE
Prof. agrégé, Accoucheur
de l'hôp. Lariboisière.

J.-L. FAURE
Professeur agrégé,
Chir. de l'hôp. Trousseau.

L. LANDOUZY
Prof. de clinique médicale
Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris.
Membre de l'Acad. de méd.

M. LETULLE
Professeur agrégé,
Médecin de l'hôp. Boucicaut.

H. ROGER
Prof. de Pathologie exp.
à la Faculté de Paris.
Méd. de l'hôp. de la Charité.

M. LERMOYEZ
Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine.

F. JAYLE
Ch. de cl. gyn. à l'hôp. Broca,
Secrétaire de la Direction.

Paris et Départements, 10 fr.; Union postale, 15 fr.

RÉDACTION :

P. DESFOSSES, Secrétaire de la Rédaction.

J. DUMONT — R. ROMME, Secrétaires.

Chaque numéro de 16 pages grand in-4°, abondamment illustrées, contient : une chronique, des mémoires originaux, des articles de médecine ou de chirurgie pratiques, le compte rendu des sociétés savantes, les analyses des travaux français et étrangers, des informations, des nouvelles, des résumés bibliographiques.

Annales de Dermatologie *** *** et de Syphiligraphie

Fondées par A. DOYON

PUBLIÉES PAR MM. Ernest BESNIER — L. BROcq — J. DARIER — A. FOURNIER
H. HALLOPEAU — G. THIBIERGE — W. DUBREUILH

Directeur de la Publication : D^r G. THIBIERGE

ABONNEMENT ANNUEL : Paris, 30 fr. — Départements et Union postale 32 fr.

Les abonnés des Annales reçoivent sans augmentation de prix le Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nouvelle publication :

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE. 14 fr. | UNION POSTALE 16 fr.

Le Bulletin paraît dix fois par an et forme chaque année un volume d'au moins 500 pages.

NOUVELLES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

JOURNAL DE CHIRURGIE

Revue critique publiée tous les mois

PAR MM.

B. CUNEO — A. GOSSET — P. LECÈNE — CH. LENORMANT — R. PROUST
Professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris. Chirurgiens des Hôpitaux

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

BAROZZI — A. BAUMGARTNER — L. BAZY — BENDER — CAPETTE — CARAVEN
M. CHEVASSU — CHEVRIER — CHIFOLIAU — DE JONG — DESPOSSÈS — DEMARÉST
DUJARIER — FREDET — GRISEL — GUIBÉ — P. HALLOPEAU — JEANDRAV
KENDRIDJY — KÜSS — LABEY — GEORGES LAURENS — LERICHE — LÉYSSÈRE
LEW — P. LUTAUD — MASCARENAS — P. MATHIEU — MERCADE — MOCQUOT
MUNCH — OKINCZYC — PAPIN — PICOT — SAUVÉ — WIART

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

J. DUMONT

Le JOURNAL DE CHIRURGIE paraît le 15 de chaque mois, à partir du 15 avril 1908.
Il a pour but de tenir le chirurgien au courant des plus récents et des plus intéressants
travaux de chirurgie parus dans le monde entier.

Chaque numéro contient régulièrement :
Les *Sommaires des Principaux Périodiques chirurgicaux*, spéciaux et de médecine générale.
Les *Sommaires des Comptes rendus des Congrès et Sociétés de Chirurgie*, ainsi que des
principaux Congrès et Sociétés mixtes de Médecine et de Chirurgie.
L'Index des Thèses et des Livres de Chirurgie les plus importants ;
Des *Analyses* très complètes — illustrées au besoin — des principaux articles, communi-
cations, ouvrages énumérés dans le Sommaire ;
Des *Informations* de nature à intéresser le chirurgien.
En outre chaque numéro contient une *Revue générale* sur une question nouvelle de patho-
logie ou de thérapeutique chirurgicales.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

PARIS : 30 fr. — DÉPARTEMENTS : 32 fr. — ÉTRANGER : 34 fr. — LE NUMÉRO : 3 fr.

Exceptionnellement le prix pour l'année 1908 (9 numéros, Avril à Décembre)
a été fixé comme suit :

PARIS : 22 fr. — DÉPARTEMENTS : 23 fr. — ÉTRANGER : 24 fr.

Revue Générale d'Histologie

*Comprenant l'exposé successif des principales questions d'anatomie
générale, de structure, de cytologie, d'histogénèse, d'histo-
physiologie, et de technique histologique.*

PUBLIÉE PAR LES SOINS DE

J. RENAULT

Professeur d'Anatomie générale
à la Faculté de Médecine de Lyon.
Membre associé de l'Académie de Médecine.

CL. REGAUD

Professeur agrégé
Chef des travaux pratiques d'Histologie
à la Faculté de Médecine de Lyon.

Avec la collaboration de savants français et étrangers

La REVUE GÉNÉRALE D'HISTOLOGIE paraît sans périodicité rigoureuse
par fascicules autant que possible monographiques.

Un nombre de fascicules successifs, variable suivant l'importance de chacun
d'eux, mais formant un total d'environ 500 pages, avec de nombreuses figures,
constitue un volume. Il paraît un volume par année, en moyenne. L'abonne-
ment est de 35 francs par volume. Chaque fascicule est en outre vendu
séparément.

62 578. — Imprimerie LAHURE, rue de Fleurus, 9, à Paris.

LANE MEDICAL LIBRARY

This book should be returned on or before
the date last stamped below.

APR 19 1972

100-2-49-63290

N204 Proust, Robert,
P96 1873-1935
1908 Chirurgie de l'appareil
génital de la femme.

NAME

DATE DUE

Robert Proust

APR 19 1972

